NORDISKT

MEDICINSKT ARKIV

UNDER MEDVERKAN

AF

Prof. Dr G. ASP, Prof. Dr O. HJELT, Prof. Dr FR. SALTZMAN, i Helsingfors. — Prof. Dr H. HEIBERG, Prof. Dr J. NICOLAYSEN, Prof. Dr E. WINGE, i Kristiania. — Prof. Dr C. REISZ, Prof. Dr F. TRIER, Dr OSKAR BLOCH, i Köbenhavn. — Prof. Dr C. ASK, Prof. Dr C. NAUMANN, Prof. Dr V. ODENIUS, i Lund. — Prof. Dr R. BRUZELIUS, Prof. Dr C. ROSSANDER, Prof. Dr E. ÖDMANSSON, i Stockholm. — Adj. Dr J. BJÖRKÉN, Prof. Dr P. HEDENIUS, Prof. Dr FR. HOLMGREN, i Upsala.

REDIGERADT AF

Dr AXEL KEY,

PROF. I PATOLOG. ANAT. I STOCKHOLM.

NITTONDE BANDET.

MED 11 TAFLOR OCH 2 TRÄSNITT.

1887.

STOCKHOLM
P. A. NORSTEDT & SÖNER.

HELSINGFORS — G. W. EDLUNDS BOKHANDEL.
KRISTIANIA — J. W. CAPPELEN.
KÖBENHAVN — H. HAGERUP.

INNEHÅLL.

Förteckning öfver referaten.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:

Patologisk anatomi och allmän patologi:

Kirurgi och oftalmiatrik:

Psykiatri:

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:

Obstetrik och gynekologi:

Pediatrik:

sciences médicales. — G. NAUMANN: Sjukhuset i Bjuf. — E. HORNEMANN og H. WESTERGAARD: Förste Beretning fra den af den engelske Regering i 1884 nedsatte kongelige Kommission til at undersöge de arbejdende Klassers Boliger. — M. SONDÉN, E. HEYMAN och M. ASPELIN: Undersökning rörande anmärkt stor sjuklighet bland boktryckarna i Stockholm. — M. RUBIN og H. WESTERGÅRD: Landbefolkningens Dödelighed i Fyens Stift. — TH. SÖRENSEN: Konnexen mellem Sexualforholdet hos födte og Forældrenes indbyrdes Aldersforhold. — P. A. SCHLEISNER: Årsberetning angående Sundhedstilstanden i Köbenhavn 1885. — KLAS LINROTH: Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1885 och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd. — GIERSING: Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse. — BUDDE: Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande, med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning. — Den offentlige Sundhedspleje og Faren for en Kolerainvasion. — Kongl. Maj:ts nådiga kungörelse d. 12 juni 1885, angående karantänsföreskrifter, att tillämpas då kolerafall inträffa i eller i närheten af hamn inom Europa. — CHR. TRYDE: Hygiejniske Undersögelser. — A. G. DRACHMANN og AXEL HERTEL: Sundhedslære. En almindelig Fremstilling af Sundhedsplejens Anvendelse i det offentliges Tjäneste og i det daglige Liv. — EDV. KAURIN: Nogle Tilfälde af Difterit. — RICHARD SIEVERS: Om meningitis cerebro-spinalis epidemica i Sverge, Norge och Finland. — L. W. FAGERLUND: Finlands leprosorier I. — K. LINROTH: Lyssans förekomst i Sverge från äldre tider till nu. — KLAS LINROTH: Från anstalter för odling af animal vakcin i Stockholm.

FRÆNKEL: Om Hypnotismen i medikolegal Henseende. — Kongl. Medicinalstyrelsens kungörelse, angående förändringar i gällande medicinaltaxa. — Kongl. maj:ts nådiga kungörelse, med vissa bestämmelser i fråga om balsamering af lik. — EMIL MADSEN: Det kongelige Sundhedskollegiums Forhandlinger i Året 1885. — NÖKKENTVED: Lägens ökonomiske Stilling. — P. SÖDERBAUM: Lasarettsläkarestatistik. — H. P. ÖRUM: Om Lägevagtstationer i Köbenhavn. — BIERING: Lovforslaget om Tilsyn med Plejebörn. — Selskabet for Sundhedsplejen: Årsmödet den 5 Oktober 1886. — O. F. HALLIN: Lasarettsväsendet i Sverge 1885. — G. BUGGE: Om Sygehuse på Landet. — MORT. HÆRÉN: Trosa sjukstuga och sjukstugor i allmänhet. — E. H.: Beskrifning på Vimmerby provinsialläkaredistrikt. — A. G. DRACHMANN: Frederiks Hospital for henved 70 År siden. — Statistiske Oplysninger om Staden Köbenhavn, III, 1881—1885. — A. J. RAAVAD: Forslag til en Bygningslov for Staden Köbenhavns Grund og Sokkelunds Herred. — FAARTOFT: Vandvärk i Nyköbing på Mors. — Förslag till kloakledning i Lund. — OVE KRARUP: Om Vandfiltre, särlig CHAMBERLANDS Filter (PASTEURS System). — E. C. HANSEN: Om Analyser af Luftens Mikroorganismer. — J. CARLSEN: Om Dödeligheden i Danmark i dette Århundrede. — Medicinalstyrelsens underdåniga berättelse för år 1884. — Fällesforskningen. — H. T. MANICUS: Hygiejniske Notitser. — L. I. BRANDES: Små populäre Arbejder. — V. UCHERMANN: Indberetning angående en med offentligt stipendium Sommeren 1886 foretaget Rejse til Danmark, Sverge, Tydskland og England for at studere Sanitetsväsenet i disse Landes Mariner. — NÖKKENTVED: Erindringer fra en Expedition i In- N:r 13 ss. 37—55.

dien. — V. UCHERMANN: Vore Döystumme. — JOHAN WIDMARK: Refraktionsundersökningar, utförda vid några skolor i Stockholm. — JOHAN WIDMARK: Undersökningar rörande refraktionsförhållanden hos skolungdom. — E. SCHMIEGELOW: Bidrag til Bedömmelsen af Öresygdommes Hyppighed blandt Skolebörn i Danmark. — SIGFRID LEVY: Om Skolens Betydning for Skoliosens Udvikling. — I. STANG: Trykte Forholdsregler ved smitsomme Sygdomme. — GIERSING: Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse 1 Okt. 1881. — V. BUDDE: Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning. — TRAUTNER: Om Tyfusepidemier og Fällesmejerier. — E. ALMQVIST: Om epidemiologiens metoder.

Medicinsk Årsskrift, 1ste Årg. — A. SELL: Åbent Svar til Hr Dr med. JUL. PETERSEN. — A. SELL: Vi Läger. Et Indläg mod Materialismen i Livet og Videnskaben. — Selskabet for Sundhedsplejen. — H. R. MAGNUS og SOPHUS MÖLLER: Håndbog for Distriktsläger. — S. B. FANGEL: Patientvejviser, en Håndbog for syge og disses pårörende samt särlig for Läger, Byråd, Sogneråd m. fl. — EMIL MADSEN: Medicinalberetning fra Kongeriget Danmark for 1878. D:o d:o for 1879. D:o d:o for 1880. — Lägevagtstationer i Köbenhavn. — T. M. TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn. — BIERING: Forhandlinger om Tilsyn med Plejebörn. — D.: Er det tilrådeligt, at en Jordemoder, der lider af konstitutionel Syfilis, vedbliver at praktisere? — S. ENGELSTED: Praktiske Bemärkninger om syfilitiske Jordemödre. — D.: Syfilitiske Jordemödres Praxis. — MARCUS RUBIN: Prostitutionen i Köbenhavn. — O. M. GIERSING: Kampen for og imod den offentlige Prostitution fra et hygiejnisk Standpunkt. — V. BUDDE: Prostitutionsspörgsmålet. — P. O. BOISEN: Endnu et Par Ord om Prostitutionsspörgsmålet. — H. P. ÖRUM: Desinfektionsforsög med Ozon. — J. G. DITLEVSEN: Om Vandundersögelsen og dens Betydning for Sundhedsplejen. — J. CARLSEN: Vandfiltrene for Experimental-Videnskabens Domstol. — E. ALMQUIST: Om Göteborgs nya epidemisjukhus. — M. RUBIN: Tabelvärk til Köbenhavns Statistik N:r 8. — TH. SÖRENSEN: Forskellen på Dödeligheden hos vor By- og Landbefolkning. — TH. SÖRENSEN: Statistik over Ulykkestilfälde. — DAN. COLD: Er den danske Landbefolknings almindelige Helbredstilstand aftagen i de senere Decennier, og kan der i bekräftende Fald påvises Grunde til at forklare dette Forhold? — HENRIK SELMER: Animal Vakcination. — C. A. HANSEN: Epidemiologiske Undersögelser angående Koldfeberen i Danmark. N:r 20 ss. 34—44.

ELIAS HEYMAN: Om hygienens ställning vid den medicinska undervisningen. — HANS KAARSBERG: Lägestandens sociale Stilling. — Lägernes ökonomiske Stilling. — V. INGERSLEV, BIERING: Lägernes ökonomiske Stilling. — KJÆR, E. MADSEN, V. BUDDE: Massörer som Kvaksalvere. — JUL. PETERSEN: De Köbenhavnske Sygekasser og deres Forhold til Lägerne. — P. A. LEVIN: Hvad tillhör läkareyrkets män att göra för motarbetande af superiseden inom alla folkklasser i vårt land? — E. W. WRETLIND: Hvilka maximer böra gälla för läkarens ordinationer inom det sexuela området? — J. CARLSEN: Nogle Oplysninger om Medicinalforholdene, specielt Jordemoderväsenet i Danmark i Begyndelsen af dette Århundrede. — W. DITZEL: Uoverensstemmelsen mellem Jordemödrenes Protokoller og Presternes Indberetninger. — O. M. GIERSING: Er det tilrådeligt at en Jordemoder, » 26 » 46—61.

som lider af konstitutionel Syfilis, vedbliver at praktisere? — Om Sundhedslovgivningen i forskellige Lande med særligt Hensyn til Danmarks. — A. M. Selling: Om gällande hälsovårdsförfattningars betydelse och tillämpning i rikets landskommuner åren 1875—1884. — Karolina Widerström: Hygieniska drägter för kvinnor och barn. — Wilhelm Dahlgren: Om varmluftssystemet för ventilation och uppvärmning samt vilkoren för det sammas ändamålsenlighet. — Om Bygningen af nye Hospitaler i Köbenhavns Amt. — Klas Linroth: Om animal vakcination. — O. Fröman: Förslag till föreskrifter rörande afloppsledningar i tomt och hus. — Klas Linroth: 1886 års erfarenhet från ympanstalten för animal vakcin i Stockholm. — Gustaf Kjerrulf: Om anstalter för animal vakcin i några af Europas större städer. — R. Wawrinsky: Stockholms mjölkkommission. — Vict. Mossberg: Är det önskligt att tillfälle till likbränning återinföres hos oss, åtminstone i våra mera folkrika städer? — R. A. Wawrinsky: Olägenheterna af kloakvattens utsläppande i vattendrag och medlen till dessa olägenheters förekommande. — K. Linroth: Fall af lysgasförgiftning till följd af läckor på i marken nedlagda gasledningsrör. — Sucksdorff: Om vattenundersökningar. — Vilh. Sucksdorf: Den kvantitativa bakteriologiska undersökningens värde för bedömandet af vattnets beskaffenhet. H. E. Selander: Luftundersökningar vid Vaxholm. — Otto Pettersson och Augusta Palmquist: Beskrifning å en apparat för bestämning af luftens kolsyrehalt. — Klas Linroth: Hvad kan göras för epidemiers förekommande i städer? — I. E. Bergvall: Huru skall en epidemi på landsbygden bekämpas? — R. Wawrinsky: Hygieniska notiser, samlade under en resa i utlandet. — Klas Linroth: Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1886, och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd. — T. M. Trautner: Om Statistiken over Ulykkestilfälde ved Maskiner. — E. Almquist: Några sidor af den svenska sjuklighetsstatistikens betydelse. — F. C. Kjær: Nogle Massageforhold ved Lungesvindsot.

Berättelser från sjukvårdsanstalter:

R. Bergh: Beretning fra Almindel. Hospitals 2den Afdeling (for vener. Sygdomme) for 1885. — A. Haslund: Kommunehosp. 4de Afdeling i 1885. — D. C. Danielsen: Beretning om Lungegårdshospitalets Virksomhed i Treäret 1883—1885. — Torp: Fra Doktor Torps Sygehjem for Nervesväkkede på Lillehammer. N:r 7 ss. 59—63.

C. J. Rossander: Rapport för år 1885 från kongl. Serafimerlasarettet — Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1885. — Hj. Schiötz: Beretning fra kirurg. Afd. B. — V. Steenberg: Beretning om S:t Hans Hospital for Sindssyge i 1885. » 13 » 55—58.

V. Birkerod: Nyborgs civile Sygehus 1886. — A. Friedenreich: Årsberetning fra Frk. Lunds Pensionat for Sindssyge og Nervepatienter. — Klee: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1866. » 20 » 44—45.

E. T. Heiberg: Aalborg Amts og Bys Sygehus i Året 1886. — P. K. Möller: Beretning om Odense Sygehus 1886. — V. Schepelern: Årsberetning for 1886 fra Kysthospitalet på Refsnäs. — W. Zilliacus: Summarisk redogörelse för sjukvården å allmänna sjukhusets i Helsingfors medicinska afdelning under år 1883 och år 1884. — Vogelius: Beretning om S:t Josef-Hospitalet i Fredericia for Året 1886. — Sörensen: Meddelelser fra Blegdamshospitalet. — Beretning om Polikliniken for Ubemidlede i 1886. — E. Schmiegelow: Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for Öre-, Näse- og Halssygdomme. — Lehmann: Beretning om den medikopnevmatiske Anstalt fra 1ste April 1886 til 31 Marts 1887. N:r 26 ss. 61—66.

Alfabetisk innehållsförteckning.

(Arkivets originaluppsatser äro betecknade med en asterisk.)

Bidrag till kännedomen om sädeskropparnas struktur och utveckling.

Af

CARL M. FÜRST

i Lund.

Med 2 taflor.

Historik.

Den förste, som sett en sädeskropp, och det människans, var en för öfrigt ej känd doktor, JOHANN HAM, från Arnheim, som personligen meddelade LEEUWENHOEK sin upptäckt. Under LEEUWENHOEKS mikroskop började sädeskropparnas, såväl som så många andra cellers och mikroorganismers egentliga historia. LEEUWENHOEKS[1] första meddelande om sina undersökningar offentliggjordes i Philosophical transactions 1678. Han fortsatte undersökningarna, såsom hans arbeten utvisa, på sädeskroppar från såväl människor som djur och lämnade afbildningar, hvilka öfverträffa många senare t. o. m. från detta århundrade.

LEEUWENHOEK[1, 2] kallade sädeskropparna animalculi in semine masculo, och han ansåg dem således vara djur. Han särskilde redan corpus och cauda samt utmärkte på sina bilder, att corpus hade en bestämd form och ej var ett homogent parti utan strimmigt, och att strimmorna vore att betrakta såsom uttryck af olika täthet hos substansen. Cauda anger han vara tjockare närmast corpus och afsmalnande i en spets.

Uppfattningen af sädeskropparna såsom djur bibehöll sig och var den allmännaste ända tils för omkr. 50 år sedan. Då man fann dessa förmenta djur ega olika form, var det ej underligt, att man sökte systematisera dem. CZERMAK[3] har i detta hänseende gått vidast, då han försöker att föra dem till särskilda afdelningar af infusionsdjur, men han står ej ensam i denna sträfvan.

Själfva undersökningarna leddes emellertid ofta af tendensen utöfver alla gränser, såsom t. ex. då VALENTIN[4] trodde sig hos spermatozoen se både mun och anus. Hvad VALENTIN för öfrigt angår, gjorde han omfattande studier af

spermatozoer och iakttog tvärband på hufvudet. Han rekommenderade sädeskroppar till pröfningsobjekt för att bedömma mikroskop. Ej med alla mikroskop, säger han, kan man iakttaga tvärbanden med samma tydlighet, och hos somliga djur ser man dem lättare, hos andra svårare. Efter tydligheten hos dessa tvärband uppsatte han följande serie: björn, kanin, hund, katt, bagge, marsvin och mulåsna. Antalet tvärband växlade, och någon åsigt om deras natur hade han ej.

Bland de öfriga, äldre, mer eller mindre vidunderliga åsigter om sädeskropparnas natur är endast en, hvilken jag ej vill underlåta att omnämna, nämligen den att sädeskropparna vore preformerade embryoner (eller delar af embryoner). Under sträfvan att bevisa sina åsigter trodde man sig se och afbildade man de mest otänkbara ting, såsom sädeskroppar med nafvelkärl hos LIEBERKÜHN. Men om de anatomiska bilderna och skildringarna öfver hufvud voro mera öfverdrifna och osanna hos denna åsigts förfäktare än hos djurteoriens, så få vi i fysiologiskt hänseende kanske anse dem legat oss något närmare. De ansågo dock, att sädeskropparna hade direkt betydelse för fostret; ty, sade de, genom att begifva sig till »kläckningsplatsen» utvecklade de sig vidare, och ANDRY[5] säger, att, då ägget faller från äggstocken, sädesmasken slinker in i det och blifver därinne, så länge som naturen har bestämt. Han tilltager då i kraft, söndersliter slutligen hinnorna och födes.

PREVOSTS och DUMAS'[6] arbete 1824 gaf nytt uppslag i uppfattningen af sädeskropparnas natur och ursprung. De iakttogo, att alla manliga djur under pubertetstiden egde sädeskroppar, att unga och mycket gamla saknade dem, och att foglar hade dem endast under parningstiden. De funno testikeln vara deras hufvudort, och att de kunde saknas annorstädes och dock finnas där. Att sädeskropparnas »mouvement spontané» är innerligt förbunden med det fysiologiska tillståndet hos individen är tillräckligt, sade de, för att särskilja dem från infusionsdjur. De iakttogo formens konstanthet hos hvarje särskild djurart, och de säga till sist, att sädeskropparna äro den väsentligaste och befruktande delen af säden och »nos expériences démontrent, qu'ils sont le produits d'une veritable secretion».

De första iakttagelser i sädeskropparnas utveckling gjordes 1835 af PELTIER, som i Societé des sciences naturelles visade,

huru de runda kroppar (globules), som träffades i grodtestikeln succesivt blefvo till en vesikel, som blef större och större. I början såg man i den en grumlig massa och sedan ett slags knippa (faisceau) eller härfva (écheveau) af zoospermer, hvilka därpå skilde sig åt. R. WAGNER[7, 8] och VON SIEBOLD[9] gjorde 1836 liknande iakttagelser, den förre hos foglarna, den senare hos lägre djur.

DUJARDIN[10] gjorde undersökningar hufvudsakligen på sädeskroppar från marsvin, men äfven från människa, åsna och mus. Hans afbildningar äro jämförelsevis utmärkt goda såväl från marsvin som människa. Han fann vidhängande slamsor (lambeaux adherens) vid basen af tråden, hvilka partier han trodde aflossats på samma gång som zoospermen från det ställe, där den »a pris naissance». DUJARDIN[10], som kände PELTIERS, WAGNERS och VON SIEBOLDS arbeten, säger, att man ej längre kan anse dessa »prétendus animalcules spermatiques» vara djur; utan tänker han dem vara helt enkelt en produkt eller »dérivation de la couche interne des tubes seminifères», icke en sekretion utan en produkt »progressivement formé, un produit conservant une sorte de vitalité nécessaire pour concourir à la formation de l'embryon». Han bibehöll därför ej namnen kropp och svans utan särskiljer »disque» och »filament». Hos människan iakttog han sädeskroppshufvudets tillspetsning, urgröpning midt på och uppsvällning vid basen och trådens förtjockning vid dess öfre del (förbindningsstycket?). DUJARDINS afbildning liknar mer än någon af den mängd, som sedan sett dagen, den prof. G. RETZIUS[47] lämnar i sitt arbete i Biologische Untersuchungen 1881. Hos marsvinet beskrifver han och afbildar en »enveloppe glutineuse». Han iakttager äfven diskens skedform samt mössans olika konsistens och förhållande till vatten och ammoniak.

I alla senare arbeten ser man KÖLLIKERS[11] »Beiträge zur Kenntniss der Geschlechtsverhältnisse und der Samenflüssigkeit wirbelloser Thiere nebst einem Versuche über das Wesen und die Bedeutung der sogenannten Samenthiere, Berlin 1841» angifvet såsom det epokgörande arbetet i uppfattningen af sädeskropparnas natur. Jag vill ej förneka, att efter och genom KÖLLIKERS arbete 1841 hans däri uttalade mening, nämligen »Die Samenfaden sind organische Elementartheile, der wesentliche befruchtende Theil des Samens». Det enda tillägg jag vill göra är, att den ej var ny utan, såsom KÖLLIKER[11] själf

säger, den delades af PREVOST och DUMAS[6] och DUJARDIN[10]. Huru tydligt de uttalat den har jag förut nämnt, och jag har nämnt dem för att de ej må glömmas. DUJARDINS några sidor långa arbete är en värdig förelöpare till både KÖLLIKERS, SCHWEIGER-SEIDELS m. fls. vidlyftigare arbeten på detta område.

Af större betydelse var KÖLLIKERS[12] senare arbete »Die Bildung der Samenfaden in Bläschen als allgemeines Entwicklungsgesetz 1846». Genom detta arbete blef det morfologiskt stadfästadt, att sädeskropparna hade sitt ursprung från det manliga individ, hos hvilket de uppträdde. Sädeskroppen blef härigenom en histologiens fullständiga egendom.

En riklig samling arbeten om sädeskropparna och deras utveckling hafva sedan sett dagen. Jag vill emellertid här endast omnämna dem, för så vidt de beröra området för mina undersökningar.

Angående de särskilda delarnas ursprung ansåg KÖLLIKER[13, 14], att hvarje kärne i »sädescystan» öfvergår till hufvud i den blifvande spermatozoiden. Kärnen förlänger sig därpå så småningom och växer ut till trådformig svansände. Innan de mogna sädeskropparna äro fria, ligga de med hufvud och svans sammanrullade i cystan. Slutligen brister cystan, och sädeskropparna blifva fria. Sädeskroppen var redan mogen eller fullt färdigbildad i cystan; således är den det än mera, då den är fri. Enligt KÖLLIKER[13] är sädeskroppen en homogen bildning helt och hållet utvecklad ur kärnen. Han säger, att frigörandet af sädeskroppen gick så till, att hufvudet bröt sig ut åt ena hållet och tråden åt det andra genom modercellen. Resten af modercellen stannade dels såsom mössformigt öfverdrag af hufvudet dels och hufvudsakligen såsom betydande bihang på tråden. Dessa bihang hängde länge vid sädestråden, i testis och epididymis nära hufvudet i vas deferens, förminskade, närmare midten.

HENLE[15] ansåg såsom KÖLLIKER, att hufvudet väl har sitt ursprung ur kärnen, men att svansen icke är en utväxt från kärnen utan från cellsubstansen, en slags tillspetsning af den senare, hvilken vid bestämd tid träder i förbindelse med hufvudet.

GROHE[16] var den förste, som införde färgningsmedel vid undersökningen af sädeskropparna. Han använde nämligen röd anilin. Han säger sig hos sädeskroppar — på somliga mera

tydligt hos andra mindre — hafva sett nästan på midten af hufvudet ett än smalare än bredare tvärband. Ibland kunde han iakttaga två dylika strimmor, hvarigenom hufvudet kom att indelas i 3 eller 4 fält. Han lämnar dylika bilder från både kanin och mulvad. Han ansåg hufvud och svans omgifna af en membran, som han hufvudsakligen iakttog vid sned belysning. Detta »strukturlösa hölje» omslöt ett kontraktilt innehåll. Tvärstrimmigheten ansåg han icke bero på någon »särskild beskaffenhet af innehåll och hölje» utan på kontraktiliteten hos substansen. För öfrigt tyckte han sig se, huru hufvudet sammandrog sig. En strimmighet hos hufvudet var först, såsom jag ofvan nämnt, iakttagen af både LEEUWENHOEK[2] och VALENTIN[4]. Äfven HARTNACK hade funnit med immersionslins och sned belysning, att tvärbanden motsvarade upphöjningar och fördjupningar, hvilket han antog på grund af växlingen af belysningen och skuggorna. GROHE närmar sig således HARTNACKS ståndpunkt.

Angående omslutande membran säger äfven LEUCKART[54] att »också utom salamandrarna gifves det kanske ännu många andra djur, hvilkas sädestrådar blifva beständigt tätt omslutna af membranen från den cell, ur hvilken de bildats».

SERTOLI[17] iakttog först dessa så mångtydda förgrenade långsträckta bildningar i sädeskanalerna. Han ansåg dem vara celler med stor klar kärne och kärnkropp.

Samma år men senare framkom SCHWEIGGER-SEIDELS[18] arbete. »Ueber die Samenkörperchen und ihre Entwicklung». Han upptog anilinfärgningen och började använda karmin i såväl amoniakalisk som sur lösning. Emot KÖLLIKER[13, 14] säger han, att »substansen, ur hvilken sädeskropparna äro bildade, är icke likartad utan visar konstant på olika ställen karakteristiska egendomligheter» och särskiljer i enlighet härmed den skenbart enkla kroppen i flere genom form och kemiska förhållanden väl skiljbara afdelningar. Han fann på svansen hos däggdjurens sädeskroppar ett öfre, bredare stycke, som vanligen nedtill är skarpt begränsadt, och som han kallade mellanstycket (Mittelstück). Han fann detta mellanstycke hafva en konstant längd hos hvarje djurs utbildade sädeskroppar. SCHWEIGGER-SEIDEL fäste först uppmärksamheten på, att de af DUJARDIN[10] först beskrifna och af KÖLLIKER[13] såsom kvarhängande rester af sädescellernas kroppar ansedda vidhängen (Anhang) städse hade sin plats vid mellanstycket, och att, om de äro små och knutformiga, de utan

undantag hänga vid dess nedre ände, men att, om de äro större, de omslöto hela mellanstycket. Han fann hos igelkotten den främre delen af hufvudet färgas af karmin och ansåg det vara färgämne, som ytligt häftat vid, och som därigenom gjorde synligt ett mössartadt »Schicht». Detta af DUJARDIN [10] omtalade »enveloppe» af KÖLLIKER [13] angifna mössformiga hölje kallades nu af SCHWEIGGER-SEIDEL mössa (Kopfkappe). Af namnen om ej af beskrifningen kan man sluta, att de ansågo hufvudet hafva något hölje — mössa eller hufva — på sin spets. DUJARDIN och KÖLLIKER anser den vara en rest, som dragits med från testis. SCHWEIGGER-SEIDEL angifver ingen åsigt om, huru eller hvarifrån den kommit till. Han anser sädeskroppen vara en förändrad flimmercell (Wimpercell). Hufvudet är från kärnen, mellanstycket modifierad cellsubstans och själfva svansen (stycket nedom mellanstycket) flimmerhår.

VON LA VALETTE ST. GEORGE [19] konstaterade genom sina undersökningar på marsvin, tjur och hund KÖLLIKERS [14] åsigt om hufvudets ursprung, men HENLES [15] angående svansens. I en senare afhandling [20] konstaterade han SCHWEIGER-SEIDELS [18] mellanstycke.

MERKEL [21] ansåg efter sina omfattande undersökningar, att SERTOLIS celler endast äro en slags stödjeväfnad (Stützcellen).

BOLL [22] konstaterade MERKELS stödjeceller.

Genom v. EBNERS [23] arbete med nya åsigter om just dessa SERTOLIS cellers betydelse för utvecklingen flammade striden upp, och under lång tid, ja än i dag, stå partier för och emot v. EBNER. Man måste dock säga, att hans anhängare hafva minskats betydligt. Med råttan, som hufvudsakligt undersökningsföremål och MÜLLERS lösning som härdningsmedel undersökte han på tvärsnitt af sädeskanaler och beskref noggrant dessa celler, som äro mest bekanta under v. EBNERS namn, spermatoblaster, och af hvilka jag ej anser mig här behöfva lämna en skildring. Nog af, de skulle vara ursprunget för sädeskropparna, och enligt v. EBNER skulle hufvud och mellanstycke bildas genom förtätning af protoplasma i spermatoblasten, under det att svansen var en utväxt från det ytliga lagret af de fingerlika spermatoblastutskotten.

SERTOLI [24] förklarade sig mot den betydelse, som v. EBNER [23] ville gifva de af SERTOLI först upptäckta cellerna, men

däremot för MERKELS uppfattning af dem såsom »akcessorisk och sekundär bildning».

MERKEL[25] drog skarpt i harnesk mot V. EBNER[23] och behandlar utvecklingen hos människa, katt och mus. Han säger, att kärnen i den ursprungliga sädescellen blir till hufvud, cellkroppen till mellanstycke och svans. Han lämnar bilder, där svansen växer ut ur cellen. Mössan, som är det samma som cellmembranen, finnes hos den outvecklade spermatozoen från musen och katten och är hos dem synnerligen tydlig. Den försvinner senare. Hos katten brukas mössan ibland aflyftas och framträder därför desto bättre.

RIVOLTA[26] ansåg, att V. EBNERS spermatoblast var en tätt vid tunica propria liggande modercell, som i förloppet af utvecklingen står ofta blott med en protoplasmasträng i förbindelse med dottercellen. Ur cystakärnarna utvecklade sig sädeskropparna så, att de först blefvo päronformiga och utdrefvo en till att börja med inom kärnen upprullad tråd, hvilken efter genombrott af kärnmembranen och sedan cystamembranen blef fri.

I Strickers handbok utgår VON LA VALETTE ST. GEORGE[27] från sina undersökningar på marsvinet. Kärnen i sädescellen, som varit granulerad, blir klar men bibehåller länge en kärnkropp. Vid dess öfre del bildas en anhopning (Auflagerung) i form af en knuta, som utbreder sig och får tillsammans med kärnen bilden af en signetring. Kärnen förlänger sig och träder ut ur cellen. Kärnkroppen är nu försvunnen. Svansen träder ut (sprosst aus) åt andra sidan och ingår förbindelse med kärnen. Af cellsubstansen, som till att börja med säckformigt omslutit kärnen och öfre delen af svansen blir slutligen endast ett stycke kvar, vid hvars ena ände hufvudet sitter och vid den andra svansen, sålunda motsvarande mellanstycket. Detta utgör altså sammanlödningen mellan hufvud och svans, (Verlöthungsstelle). Knutan vid kärnen blir till mössformigt bihang. Hos hunden ser han kärnen afdelas i en främre, skarpt konturerad spets och en bakre, klarare, blåsformig bildning. VON LA VALETTE ST. GEORGE konstaterar SERTOLIS celler utan att söka gifva någon förklaring på deras betydelse. De mångkärniga sädescellerna hos musen uppfattar han såsom en summa af enkla celler.

ALBERT BLUMBERG[28] kom med sina undersökningar, angående hufvudets ursprung ur protoplasma, till samma resultat

som v. EBNER. Han ansåg emellertid sädeskroppar kunna hafva sitt ursprung både från de runda sädescellerna och spermatoblasterna, hvilka han uppfattade såsom epitelceller.

NEUMANN [29] konstaterar i hufvudsak v. EBNERS spermatoblaster men anser dem vara en del af sädeskanalernas epitelceller. Spermatoblast fick genom honom ett något förändradt begrepp. MERKELS »Stützcellen» förkastades af NEUMANN.

MIHALKOVICS [30] står på v. EBNERS och NEUMANNS sida och anser stödjecellerna vara koagulerad intercellularsubstans, således konstprodukt. De runda cellerna äro för honom indifferenta bildningar, som öfvergå i intercellularsubstans.

MERKEL [31] håller dem emellertid för ursprungsceller för sädeskropparna och säger, att de, liggande i stödjecellernas fickor, genomgå de första utvecklingsstadierna.

KLAS [32] uppfattar v. EBNER-NEUMANNSka spermatoblasten såsom en stor flimmercell, och han anser sädeskroppen i sin helhet bildad af protoplasma.

EIMER [33] arbetade hufvudsakligen med flädermössens sädeskroppar. Deras hufvud och mellanstycke äro särdeles breda. Mellanstycket är tydligt och plattryckt liksom hufvudet, och främre delen är lika bredt som detta. Han säger, att hufvud och mellanstycke ej gå omedelbart och i hela deras bredd öfver i hvarandra utan äro på ett kort stycke endast förbundna genom en oändligt fin tråd, som han kallar *hals*. Ofta såg han med största skärpa en mycket fin linie, dragen genom mellanstyckets centrum i dess hela längd och fortsatt in i hufvudet mot dess främre ände. Halsen är icke annat än denna frilagda centraltråd (Centralfaden). Hos hufvudet iakttog han tvärband. Mellanstycket fann han ibland mer eller mindre uppdeladt i fyrkantiga rektangulära stycken, skilda genom mellanrum från hvarandra och endast förbundna och sammanhållna af centraltråden. De upptäckter i strukturförhållandena, han gjordt hos flädermössen, säger han sig delvis eller antydningsvis hafva återfunnit hos de öfriga däggdjur han undersökt, nämligen kanin, marsvin, råtta, mus, tjur, katt, hermelin, hund, och människa. Han anser mellanstyckets uppdelning i segment eller skifvor (Gliederung) vara normal, om man ock endast i ett inskränkt antal element finner den utpräglad. Centraltråden kunde han ej finna hos friska sädeskroppar, men däremot hos förändrade, där massdelar fallit bort och centraltråden ensam

blifvit igen. Mellanstycket ansåg han bildadt af en centraltråd och en denna omslutande protoplasmamantel. Denna protoplasmamantel var en »afkomling», en rest af protoplasma från sädeskroppens bildningscell. »Hals» såg han sällan men väl ett bestämdt skiljerum mellan mellanstycke och hufvud. Svansen var tjockare än centraltråd och hals, altså måste äfven här centraltråden vara betäckt. »Kanske», säger han, »bildar centraltråden ensam blott den sista änden af svansen». »Kopfkappe» anser han vara en rest af protoplasman i bildningscellen.

Miescher[34] hade sitt undersökningsmaterial af däggdjurssädeskroppar från tjuren. Till yttre formen af Köllikers bild anser han föga kunna tilläggas. Utan reagenser synes på ytan vid högre inställning en klarare, vid lägre en mörkare söm. Med 0,1 % saltsyra blir sömmen tydligare och afgränsas genom en skarp enkel kontur. Han tyder sina iakttagelser genom att antaga ett starkare ljusbrytande, tämligen tjockt hölje, som omsluter ett platt, sannolikt mycket tunnt innehåll af en optiskt och kemiskt different substans. Tvärstrimman räcker ej öfver inre höljekonturen. »Es handelt sich hier», säger han, »um ein inneres Detailverhältniss, vielleicht um eine Stelle, wo sich die innere Schicht etwas rascher zuschärft unter entsprechenden Verdickung der Hülle». En fin mörk linie såg han vid svansens insertionsställe genomsätta höljet. Det är »mikroporus», som intages af en svagare ljusbrytande substans, hvilken tillvägabringar kontinuiteten mellan hufvud och svans. Han fann en högst egendomlig platt »Innen-Gebilde», motsvarande centralkroppen hos laxsperma. Hos hunden fann han motsvarande strukturbeståndsdelar. I den bild, han lämnar, har han infört alla de olika iakttagelser, han gjort på särskilda sädeskroppar. Bilden är högst egendomlig med sin »Hüllencontour, Mikroporus, queren Schatten und platten centralen Körper».

1874 kom Merkel[35] med en ny afhandling och med den fingo vi ett nytt tillägg i vår terminologi för en egendomlig bildning. Han såg kärnen tydligt delad i två hemisfärer, af hvilka den ena bibehåller sitt tidigare utseende, men den andra eger en mycket starkare glans. Den senare påverkas af vattenutdragande reagenser, så att den sammanfaller. Häraf sluter Merkel, att dess innehåll är mycket vattenrikt, och att dess fasta beståndsdelar användts till bildningen af det starkt glän-

sande ytterlagret. Denna hemisfär är utmärkt genom en på dess konvexa yta sittande knuta af samma optiska egenskap (»Spitzenknopf»). På celler, som skola lämna symetriska sädeskroppar, sitter denna centralt, excentriskt på dem, som skola lämna osymetriska, och hon intager städse spetsen på det blifvande hufvudet. Under det att det glänsande periferiska lagret otvifvelaktigt härstammar från kärnan, är MERKEL böjd att uppfatta Spitzenknopf såsom en protoplasmabildning, emedan i närheten af det ställe, hvarest senare en dylik bildning uppträder, befinner sig en mörk protoplasmahopning i celler, som ännu ej fått någon »Spitzenknopf». Efter uppträdandet af »Spitzenknopf» försvinner protoplasmahopningen, och däraf är sannolikt, att den löder sig till kärnen.

HENLE [15] slöt sig i senare upplagan af sin Handbuch der Anatomie till MERKEL.

BLOCH [36] ansåg däggdjurssädeskropparna utvecklas endast ur kärnen utan deltagande af protoplasma.

NEUMANN [37] sökte visa, att utvecklingen af sädeskropparne sker genom fri kärnbildning oberoende af spermatoblastens kärne och tror ändock, att de fingerlika utskotten kunna aflossa såsom själfständiga små celler, hvilka kanske kunna ombildas till sädeskroppar. En del af de runda celler, han påträffat i sädeskanalerna, tror han vara aflossade spermatoblastutskott.

SERTOLI [56] beskref utvecklingen af råttans sädeskropp. Cellen förlänger sig i tråden. Kärnen rycker till motsatta änden, blir aflång och visar vid fria polen förtjockad kontur och en liten spets, som förlänger sig och böjer sig hakformigt. Kärnen blir således hufvud och protoplasman svans. Sädescellerna äro bestående element och icke aflossade stycken af de greniga cellerna.

VON BRUNN [38] upptog MERKELS undersökningar och konstaterade protoplasmahopningen, innan någon »Spitzenknopf» finnes, och att den saknas, när »Spitzenknopf» är tydligt utbildad, men han säger, att protoplasmahopningen och »Spitzenknopf» ej stå i något beroende af hvarandra. »Spitzenknopf» måste bildas ur kärnen utan protoplasmans deltagande. Då kärnen differentierar sig, synes en mörk kontur helt nära det ställe, där protoplasmahopningen ligger. De närmast följande utvecklingsstegen kännas därpå igen, att, under det »Spitzenknopf» utan undantag är tydligt synlig och tydligt höjer sig fram ur kärnperiferien, det mörka kärnpartiet tilltager i uttänjning ända

tils det har halfva kärnen innesluten. Är det kommet så långt, så är intet mer att se af den tidigare konkav-konvexa »protoplasmaskifvan». Denna har så småningom mer och mer utbredt sig, hvälft sig efter kärnens krumning, har blifvit homogen och bildar slutligen en membran i form af en skålformig halfkula, hvilken såsom en mössa ligger tätt på den förändrade hemisfären. Glycerin sammandrager kärnhälften, men mössan följer ej med utan behåller sin form och hindrar protoplasman att utfylla hålrummet, som uppstår genom kärnens skrumpning. »Den måste altså vara betydligt fastare (starrer) än kärnmembranen». Mössa och differentiering af kärnen äro att betrakta såsom tillkommande alla däggdjurs sädeskroppar under utvecklingen. Läget af anhopningen och symmetri och assymmetri af hufvudet stå ej i något förhållande till hvarandra. Kanten af mössan tyckes klibba vid den förändrade kärnhemisfären. Von la Valette St. Georges beskrifning öfver mössans utveckling hos marsvinet konstaterar v. Brunn. Så småningom antager kärnen den form, som sädeskroppens hufvud skall få, i det den hos regelbundna spermatozoer blir elipsoid och tillplattas och hos andra förändras på motsvarande sätt. Hos första slaget sädeskroppar antaga båda hemisfärerna denna förändring i lika grad, så vidt det rör formen; hos oregelbundna sädeskroppar såsom råtta och mus, vid hvilka gränsen för afdelningarna ej är tvär utan skef, frambringar hufvudsakligen främre afdelningen genom ensidig längduttänjning den definitiva hufvudformen. På formförändring följer storleks aftagande, och under det den främre hemisfären till att börja med blir lika i storlek och optiska egenskaper, blir den bakre betydligt förminskad, så att gränsen mellan båda afdelningarna rycker närmare och närmare den bakre änden. Med formförändringen följer fasthet, så att den ej skrumpnar för reagenser. Mössan följer hufvudformens förändring blott i förlängning af främre hälften ej i tillplattning. Innan förminskningen af hufvudet börjar, plägar mössan gå förlorad, i det att hufvudet drager sig tillbaka ur den. Glansen hos främre hälften och »Spitzenknopf» finnas kvar. Vid förminskning af hufvudet gå båda förlorade. Hos musen stå de kvar såsom en vakuolliknande spets i toppen. Med den efter förlusten af mössan kvarstående glansen hos främre hufvudhalfvan bibehåller sig också den skarpa gränsen mellan den främre och bakre afdelningen i form än af ett enkelt bredt band än af två, smalare, genom en

klar zon skilda tvärlinier. Den blir vid blekningen af det hela så småningom mindre skarp. Har hufvudet fått sin slutliga storlek, så är hvarje skilnad försvunnen. Blott gränserna äro kvarstående hos en del djurarter.

Den Valentinska tvärstrimman förklarar v. Brunn för det optiska uttrycket af den tidigare gränsen mellan de båda hemisfärerna och måste altså uppfatta det samma såsom ett konstant alla djurarter tillkommande utvecklingsfenomen.

Menzel [39] fann vid undersökningen af ett spermatocele, att hufvudet på människans sädeskropp visar ibland en tydlig tvärstrimming, och att svansen utgick ur kärnen.

Sertoli [40] säger i ett senare arbete, att sädeskropparna bildas ur rundcellerna. Först förlänger sig cellsubstansen till svanstråd, och kärnen förskjutes till ena polen af sädescellen, därpå blir kärnen förvandlad till hufvud och protoplasman förbinder hufvud och tråd. Slutligen förenas tråd och hufvud genom mellanstyckets bildning, och sädeskroppen är färdig. Sädeskropparna förenas i buntar med bestämdt läge.

Von la Valette St. George [41] har i sitt senare arbete, där han infört en ny terminologi, ej i afseende på sädeskroppens senare utveckling framstält några förändrade åsigter.

Heneage Gibbes [42] [43] kom med tvänne korta uppsatser strax på hvarandra. Han anser hufvudet vara inneslutet i en skida, som är fortsättning af en membran, hvilken omsluter tråden och förenar den med kroppen. Han lämnar högst förunderliga bilder från människan, där en fin extra tråd är förenad genom membranen vid den tjockare i öfverensstämmelse med förhållandet hos salamandrarna. Äfven hos råtta och mus finner han en extra, lång tråd.

Jensen [44] iakttog på mellanstycket af sädeskroppar från en ung hästs testis, som undergått naturlig maceration, att omkring den raka strängen (Centralstrang) vindade sig spiralformigt en annan (Spiralstrang). Strängarna, säger han, äro jämntjocka, af lika brytningsförmåga och samma utseende. Mellanstycket består af en annan protoplasma, substans än svansen. Svansen har äfven två strängar, men de äro ofta ej fortsättning af dem i mellanstycket. Hos nästan utvecklade spermatozoer från baggen såg han mycket tydligt på bakre delen af mellanstycket flere spiralvindningar. Hos färdiga sädeskroppar från vas deferens har han ej sett »spår» af spiralvindning och ej kunnat upptäcka två strängar. Hos råttan finner

han en klyfning hos mellanstycket, så att de två strängarna därigenom kunna särskiljas. Spiralsträngen anser han dessutom vara sammansatt af många enkla fina strängar. Hos svin, tjur och människa har han ej sett central- och spiralsträngarna men tviflar ej på att de finnas. Ur sina undersökningar, som äfven omfatta andra djurklasser, drager han den allmänna slutsats, att den trådformiga delen af spermatozoerna bildas af en bandformig, lång och smal, genomskinlig membran, som innehåller en starkt ljusbrytande substans i form af strängar, hvilka oftast ligga i de båda kanterna och skarpt skilja sig från den mellanliggande delen af den glasklara membranen. Om en EIMERsk protoplasmamantel vill han ej höra talas. EIMERS »Centralfaden» är ej hans centralsträng. HENEAGE GIBBES, säger han, har sett vindningarna af spiralsträngen om centralsträngen men ej strängarna själfva.

E. KLEIN[45] har hos däggdjuren liksom FLEMMING[57] hos salamandern funnit indirekt kärndelning i testis. Han säger, att, då dotterkärnarna ernått det stadium, i hvilket de begränsat sig såsom af en tydlig membran och visa sig innehålla ett fint nätverk, märker man, att hvar och en af de samma har lagrat sig periferiskt i sin cell. Dottercellerna förvandla sig till sädestrådar sålunda: kärnan blir aflång, oval eller äggformig, cellkroppen synes äfven något sammantryckt och päronformig; derpå häfver sig kärnen ur cellkroppen i det vid dess bakre pol en klar, liten säck skjuter in mellan båda; denna klara lilla säck drager sig så småningom i längden och blir därigenom förändrad till ett flaskformigt rör, hvilket vid sin ena ände tätt omfattar den bakre bredare afdelningen af den afplattade kärnen. Den andra änden af röret hänger innerligt samman med den främre af den nu kägel- eller cylinderformiga cellkroppen. I detta stadium är kärnen mer eller mindre homogen och färgas lätt, eller ock innehåller den ännu altjämt en antydning till nätverk eller blott enkelt eller dubbelt korn. Olikheter förekomma hos olika djur. Kärnen visar en mindre tydlig begränsningsmembran, blir ännu flatare. Det klara röret och cellkroppen blir trängre och drar sig ut i längden. Kärnen blir hufvud, det klara röret blir till membran för SCHWEIGER-SEIDEL's »Mittelstück», och cellkroppen blir delvis eller helt och hållet till svanstråd. KLEIN tillägger slutligen, att han ej har något emot, att mellanstyckets membran bildas af akromatin.

W. KRAUSE[46] fann vid 2000—4000 ggr förstoring efter behandling med kromsyra och hematoxylin hos människans sädeskropp en »otydlig spiralformig söm, som omsluter sädeskroppens svans». Hos tjuren kunde han efter behandling med 1 %:tig osmiumsyra till och med vid 600 ggr förstoring utan svårighet följa denna spiralsöm ända till svansänden.

G. RETZIUS[47] har ej kunnat konstatera vare sig GIBBES, JENSENS eller KRAUSES sömmar och strängar utan anser, att dylika ej finnas. Han har bland däggdjur undersökt människans och tjurens sädeskroppar och hos båda funnit den yttersta svansänden smalare än den öfriga delen af svansen och framtill begränsad. Hufvudet hos människans sädeskropp har han funnit vara på de båda flata sidorna framåt skedformigt urgröpt, bakre delen är tjockare liksom bredare. — Han delar sädeskroppen i hufvud och svans, och svansen i de trenne delarna föreningsstycke, egentlig svans och ändstycke (Verbindungsstück, Hauptstück och Endstück des Schwanzes).

JENSEN[58] meddelade i en senare afhandling, att han funnit spiralsträng hos råttan på ej fullt men nästan mogna sädeskroppar. I afseende på utvecklingen står JENSEN på V. LA VALETTE ST. GEORGES sida. LEYDIG har hos musen funnit spiraltråd.

A. V. BBUNN[48], som använde samma undersökningsmetod som RETZIUS nämligen öfverosmiumsyra och fuksin, konstaterade därmed RETZIUS' upptäckt af »Endstück des Schwanzes». Vid längre och starkare osmiumsyrebehandling afstöttes ringformiga delar af betäckningen på föreningsstycket och svansen, och endast en centralsträng höll det hela samman. Denna axeltråd fortsattes ut i ändstycket af svansen och var här obetäckt. Han anser, att svansen bildas i cellens inre och plötsligen slänges ut, ej så småningom framväxer. V. BRUNN fann hos MERKELS rundceller antingen långa, fria eller spiralformigt upprullade svansar i den periferiska delen af protoplasman. Axeltråden säger han vara »eine später freiwerdende Protoplasmastructur». Den bör ej, fastän den ses förbunden med kärnen, betraktas såsom utvuxen från den. Omkring axeltråden sker pålagring af protoplasma. Huru detta går till på hufvudstycket har ej lyckats V. BRUNN att utröna. Han förmodar, att i analogie med förloppet, som han har iakttagit hos foglarna, protoplasma drages ned till svansänden. Det sker i alla händelser före föreningsstyckets bildning. Huru omslutningsprocessen

försiggår beskrifver han från musens sädeskroppar. 1) Granula i protoplasma, som hittills varit olika stora, blifva regelbundna och närma sig axeltråden; slutligen lägga de sig tätt intill den och hvarandra. 2) Kornen försmälta i hvarandra först på tvärs d. v. s. ringbildande. Föreningsstycket får därigenom ett tvärstrimmigt utseende. 3) Sammanslutning eger rum på längs, och föreningsstycket är nu färdigbildadt såsom hos den mogna sädeskroppen. Denna utvecklingsprocess har v. Brunn konstaterat hos kanin, hingst, bagge, tjur och katt. Hans undersökningar beröra ej hufvudet. Han lämnar emellertid högst egendomliga bilder af hufvuden från tjurens och musens sädeskroppar. Musens har i konvexa delen af hufvudet en förunderlig dubbelkontur, och hos tjurens sädeskropp ser man i hufvudet en del granula eller andra större och mindre kroppar. Konturerna äro synnerligen vågiga.

W. Krause[49] lämnade i sin Internationale Monatschrift, »Historische Bemerkungen», en repitition af sin förut omtalade bild af mäniskospermatozoer. Hans uppgifter äro emellertid här förvirrade och motsägande hvarandra. Man får veta, att fastän endast icke mogna hafva söm, det ej är att förstå som om verkligt mogna sakna sådan.

Romiti[59] konstaterade föreningstycket hos människans sädeskropp, som blifvit påvisadt af Retzius[47] men motsagdt af v. Brunn[48]. Han uppträdde mot spiralsöm.

Browni[60] såg hos råttan efter preparation med citronsyra och myrsyra en mörk, tydlig spiraltråd, som omvindade föreningsstyckets tunna axeltråd. Spermatoblasterna kallar han för »supporting cells».

Grünhagen[61] ansåg spermatoblasterna vara sönderfallprodukter, med hvilkas uppträdande sädeskroppbildningen på platsen är afslutad.

Laulanié[62] säger spermatoblasterna vara stödjeceller och hafva intet att göra med sädesbildningen.

Von Widersperg[50] sysselsätter sig med spermatogenesen, dock i dess senare stadier. Han anser sädescellens kärne blifva hufvud, och att svansen eller snärten (Giessel) bildas i cellens inre. Han använder uteslutande hematoxylin till färgningsmedel och alkohol till härdningsvätska. Han säger, att sädescellen har membran.. Likaledes omgifves kärnen af membran, af hvilken en del blir tämligen tidigt afstött tillsammans med mössan. I en anmärkning säger han dessutom, att han

har grund till att anse mössan såsom en membran, bestående af främre delen af kärnmembranen och den v. BRUNNska protoplasmaanhopningen. »Ich habe Grund die Kopfkappe als eine Membran anzusehen, die aus dem vordern Abschnitt der Kernmembran und jener nach VON BRUNNS Beobachtungen von der Spitze her den Kern umwuchernden membranösen Ausbreitung der »Protoplasma-Anhäufung» besteht da diese nur bis zur Hälfte verwächst, die hintere Partie des Kernes aber auch von einer den Kern von dem Raum des Zellkörpers trennenden Membran umgegeben ist».

Sädeskroppens utträde ur sädescellen går enligt WIDERSPERG så till, att svansen säkerligen genom ökad elasticitet, bryter igenom cellmembranen på den hufvudet motsatta sidan, så att detta samtidigt utträder helt och hållet eller delvis ur den säckformigt omgifvande cellmembranen. Cellmembranen eller rester af cellinnehållet, som hänga vid svansen, försvinna sedan så småningom. Ibland kan emellertid bakre väggen vara mera resistent än »förbindelsen mellan hufvud och kärnmembranen», i sådant fall skjutes hufvudet ur cellen såsom en projektil ur en barnpistol. Då framträder sädeskroppen fri utan bihang. För belysning af detta lämnar v. WIDERSPERG några bilder från elefant, häst och vildsvin, hvilka skola framställa protoplasmaslidor, af hvilka sädeskropparna en gång omgifvits, och ur hvilka de framfödts eller utskjutits.

På ejakulerade, ofärgade sädeskroppar från människa iakttog v. WIDERSPERG, att den bakre delen var tydligt mörkare än den främre; han förklarar det däraf, att mössan har afstötts från främre änden, under det att bakre hälften af hufvudet ännu ligger i den bägarformiga bakre hälften af kärnmembranen. Orsaken tror v. WIDERSPERG emellertid ligga äfven annorstädes, i detta fall nämligen i hufvudets olika tjocklek i dess bakre och främre del. Den främre, tunnare bör vara mera permeabel för ljus än den bakre, tjockare. Han säger sig funnit denna företeelse ibland äfven där sädeskroppen har mistat den bakre delen af kärnmembranen och slutligen där mössan ännu häftar vid, hvilket talar för, att tjockleksförhållandena äro den vigtigaste orsaken.

BIONDIS[51] arbete gaf nya uppslag i spermatogenesen. Han använde FLEMMINGS vätska såsom preparationsmedel. Med förbigående af detaljer vill jag nämna några hufvuddrag af hans undersökningar. Alla celler inom sädeskanalerna hafva

samma ursprung och utveckla sig från periferi till centrum. Stamcellerna, som ligga i periferien, gifva upphof till modercellerna och dessa slutligen till spermatozoider. Dottercellens öfvergång till spermatozoid går så till, att dottercellens kärne begifver sig åt periferiska polen af cellen, under det denna antager oval form. Vid polen själf ser man en åt kanalväggen riktad spets. Denna är första uppenbarelsen af spermatozoiden. Samtidigt har kärnen liksom hela cellen blifvit smalare, under det man ej längre ser de 2 à 3 kärnkroppar, som förut funnits i cellen. Senare perforerar den omnämnda spetsen kärnmembranen. Kärninnehållet tager utseende af en staf med en afrundad periferi och en skarpt afskuren centralpol; cellkroppen såväl som den akromatiska delen af kärnen blir fri och gifver en genomskinlig eller fingranulerad substans, hvilken mången gång blir kvarstående rundtom den metamorfoserade kärnen i oval form. I denna period af spermatozoidutveckling ser man städse med en stark förstoring en blåsa (den primitiva kärnmembranen), hvilken blir hängande vid den centrala polen, under det att i midten en helt fin, knappast märkbar linie visar sig, som är svansen till »nemospermat». Senare blir hufvudets konturer ännu skarpare. Svansen perforerar, såsom det tyckes blåsan, hvilken sedermera med undre änden af hufvudet bildar mellanstycket. Detta sist skildrade förlopp tydliggöres ej af bilderna, tvärtom. BIONDI lämnar beklagligtvis ej någon öfvergångsbild mellan dottercell och spermatozoid, utan närmast dottercellerna med sin stora kärne och sina 2 à 3 små kärnkroppar ligga helt inpå spermatozoiderna med sina långa hufvuden och sin svans. Emellertid drager BIONDI af sina iakttagelser den slutsatsen, att hufvud, mellanstycke och svans taga sitt ursprung endast ur kärnen och det blott från den kromatiska delen af den samma. Den akromatiska delen af cellkroppen blir till den sega, genomskinliga substans, som BIONDI kallar »*mellansubstans*», hvilken motsvarar SERTOLIS Epithelialcellen, MERKELS och HENLES Stützellen och VON EBNERS Spermatoblaster.

I ett föredrag under naturforskaremötet i Kristiania meddelade JENSEN[55] sina senare undersökningar. Han hade hos råtta och häst funnit en spiraltråd, som tätt vindade sig om föreningsstycket.

En författare klagar öfver, att det för några år sedan ej var så svårt att på basen af vår då varande kunskap i sperma-

togenesen förskaffa sig en bestämd och klar föreställning om den, men att vi nu genom talrika nya arbeten betydligt utvidgat vår kännedom på detta område dock med inkräktning på klarhet och enighet i åskådningen. Af historiken kan man se, att det samma med full rätt kan sägas ej blott om utvecklingen utan äfven om sädeskropparnes byggnad. Att bilda sig ett omdöme på grund af föregående iakttagelser är en omöjlighet. Man må blott erinra sig de olika åsigterna i frågan om spiraltråd, och spiralsöm. Sista upplagan af QUAINS anatomi visar ett talande exempel på villrådigheten för närvarande, då där lämnas tvänne de mest olika bilder af människans sädeskroppar nämligen från HENEAGE GIBBES och GUSTAF RETZIUS.

Undersökningar.

Afsigten med mina undersökningar var till en början att endast studera den mogna sädeskroppens byggnad och sammansättning och söka förvärfva mig ett eget omdöme i denna stridsfråga för dagen. Det blef mig emellertid alt mer och mer klart, att dessa undersökningar skulle blifva föga fruktbringande, om jag ej sökte det stöd och de förklaringar, som utvecklingen kunde lämna. Dock har jag i detta arbete velat hufvudsakligen behandla utvecklingen, för så vidt den berör ursprunget till den mogna sädeskroppens särskilda delar. Jag sysselsätter mig här endast med däggdjurens sädeskroppar. Arbetet må ej uppfattas såsom afslutadt, utan hoppas jag att kunna få fortfölja mina undersökningar och vidare bearbeta det rika material jag samlat och förvärfva nytt för att försöka de undersökningsmetoder, jag så småningom letat mig fram till. Särskildt vill jag studera människans sädeskroppar och deras utveckling. Då det ej lyckats mig få duglig människotestis, hafva mina undersökningar på människa varit inskränkta till ejakulerade sädeskroppar och tillåta mig ej att draga så bestämda slutsatser i afseende på människan, som jag hoppats. Jag har därför uppskjutit mitt offentliggörande af dessa undersökningar.

I. Undersökningsmetoder.

De undersökningsmetoder, jag användt, hafva i viss mon fått rätta sig efter det material, som stått till buds. Då rikligt och friskt funnits att tillgå, har naturligtvis metoderna varit flere. Af en del djur har jag disponerat uteslutande spritlagdt

material. Vid kontrollundersökning af föregående forskares arbeten har jag sökt använda deras metoder på så vidt möjligt samma djurart.

Då jag meddelar de olika undersökningsmetoder, jag brukat, blir det egentligen intet annat än en uppräkning af dem, som blifvit använda af samtliga föregående undersökare.

Naturligtvis har jag aldrig underlåtit, när jag fått friskt material, att undersöka det sådant. Vanligast och med största fördel har jag då användt humor aqueus från det dödade djurets ögon; äfven med fördel jodserum och saltlösning. För undersökningen har jag användt fuktig kammare, där jag äfven utan utspädning af sädesvätska länge kunnat hålla sädeskropparna vid lif. Närmaste undersökningen har varit med fuksin. Synnerligen intressant och i flere afseende upplysande äro torkade preparat af sädeskroppar, hälst med men äfven utan fuksin. Oftast använder jag ett preparat, som jag har undersökt med vatten, drager täckglaset från objektglaset, så att lagret blir så tunnt som möjligt, och torkar sedan i ungefär 50° Cels.

Andra prepareringsmetoder, jag användt, äro med FLEMMINGS vätska med och utan hematoxylin, med öfverosmiumsyra af $^1/_3$ % och 1 %, med fuksin, med öfverosmiumsyra och guldklorid, med direkt karminfärgning med BEALES karmin, med sprit och karmin med MÜLLERS lösning, med kromsyra och med natriumsulfa, (glaubersalt) och hematoxylin. Utom karminet har jag förnämligast användt hematoxylin och af detta företrädesvis det så kallade GRENACHERS hematoxylin. Med den af JENSEN[44] begagnade alterations- eller naturliga macerationsmetoden har jag äfven gjort försök.

För att erhålla fria sädeskroppar har jag gjort ett inklipp på vas deferens eller epididymis och utpressat sperman på ett urglas. Då jag fixerat eller härdat dem, hafva de vanligen varit så sammanhängande, att de antingen lätt kunnat förflyttas från ett glas till ett annat eller att vätskan kunnat afhällas. Värre var det vid behandlingen med det glycerinhaltiga BEALESka karminet. Jag måste då oftast slå vätskan med sperman på ett filtrum och spola filtrum med vatten. Därigenom blef preparatet tvättadt, och jag fick bort onödig karmin. När sperman blifvit nedspolad till filtrums spets, klipte jag af den, lade den på ett urglas, slog ren glycerin på, skrapade filtrum fritt och förvarade preparatet i glycerin. Testispreparat har jag dels behandlat direkt dels efter alkoholhärdning med BEALES karmin. Ett

annat prepareringssätt, som ej förut blifvit användt, måste jag särskildt redogöra för. Det är med behandling af öfverosmiumsyra och guldklorid. Denna kombination har blifvit mig muntligen meddelad af dess upptäckare prof. G. RETZIUS, som användt den på epitel och äfven behandlat sädeskroppar från människa därmed.

Liksom all guldkloridbehandling är denna metod nyckfull. Har metoden lyckats väl, lämnar den praktfulla preparat. Den lämpar sig företrädesvis för de mogna sädeskropparna. Preparationen går så till: Man behandlar materialet först med öfverosmiumsyra af $^1/_3$ % på vanligt sätt. Om möjligt sköljes preparatet så med vatten och därpå under en half timmes tid i 1 %:tig myrsyrelösning, därpå i guldkloridlösning af 1 %, olika tid efter tjockleken, hälst i mörker, och slutligen åter i 1 %:tig myrsyrelösning tils guldet reducerats. Af vigt är, att preparatet ej ligger för länge i öfverosmiumsyran.

Jag har nämnt, att jag användt både MÜLLERS lösning och FLEMMINGS vätska och sedan färgat med hematoxylin. Vid MÜLLERS lösning har jag efter noggrann uttvättning i vatten genast färgat. Hematoxylinet färgar de svårt färgbara mogna sädeskropparna bättre efter MÜLLERS lösning än efter FLEMMINGS vätska och kromsyra med dess salter. En annan ny och intressant metod har jag kommit till med ledning af PFITZNERS[52] cellkärneundersökningar. Han fixerade med osmiumsyra 0,1 %, härdade med MÜLLERS lösning och färgade med GRENACHERS hematoxylin, hvarvid han funnit, att MÜLLERS lösning fixerade akromatin men starkt förändrade eller upplöste kromatin. Då han ej erhöll samma resultat af kaliumbikromat, slöt han, att det var natriumsulfatet, som hade denna verkan. Dock fann han det verka långsammare än i förening med kaliumbikromat. Jag använde direkt behandling med 1 % glaubersalt 3—4 dagar, därpå med vattensköljning och uppnådde härigenom ett lysande resultat, då GRENACHERS hematoxylin efter denna behandling färgade äfven de fullt mogna sädeskropparnas hufvuden med en vacker blåviolett ton.

II. Speciela undersökningar.

Igelkott (*Erinaceus europæus*).

Då jag inledde mina undersökningar med igelkotten, vill jag här taga den som utgångspunkt vid beskrifningen. Jag vill

något vidlyftigare beskrifva igelkottens sädeskroppar och deras olika förhållanden till de olika reagenserna.

På en igelkotts mogna sädeskropp, undersökt i friskt tillstånd i fuktig kammare eller indifferent vätska, kan man urskilja, att hufvudet är något tillspetsadt med en bukig konvex och en rakare kant samt en mot den senare vinkelrät bas. Hufvudets öfre del eller spets är mera genomskinlig än dess nedre del. En tvärlinie är skönjbar ungefär midt på hufvudet, som är tillplattadt, men tjockare mot basen och afsmalnande mot spetsen. Vid basen nära intill den räta vinkeln utgår svansen, som sålunda sitter excentriskt. Föreningsstycket är ganska godt begränsadt. Vid behandling med fuksin och varmt vatten samt torkning sväller sädeskroppen men synnerligen föreningsstycket, som då framträder särdeles tydligt.

Behandlingen med osmium-guldklorid ger för igelkotten de härligaste bilder, såsom vi se hos bild 5 och 6. Den vackert brunviolett färgade nedre delen af hufvudet sticker skarpt af mot den helt ofärgade genomskinliga öfre delen eller mössan. Med tydlighet ser man, att mössan omfattar den öfriga delen af hufvudet, och att spetsen af detta är tunnare än nedre delen. Gränsen tvärs öfver sädeskroppen urskiljes endast genom blekare färgton hos den färgade delen. Ofta påträffar man hufvuden, där ej någon mössa kan urskiljas, men i stället ett starkare ljusbrytande parti öfverst vid den färgade delen (bild 7). Vid undersökning af sädeskroppen från baksidan af hufvudet ser man då mössan böjd öfver åt endera sidan (bild 8). Vid andra tillfällen är den helt aflossad. Hufvudet lossar lätt från föreningsstycket, och på de lösa hufvudena ser man då konstant en svansrest, snedt afsliten med största stycket åt ryggsidan. Svansen är i sin helhet ofärgad.

Efter fixering med Flemmings vätska eller kromsyra färgas i allmänhet mogna sädeskroppar ringa eller inte af hematoxylin. Med Müllers lösning och hematoxylin färgas nedre delen, och mössan blir ofärgad. Ju längre från testis i desto mindre antal och desto svagare färgas sädeskropparna. Efter behandling med glaubersalt färgas med hematoxylin allmänt och vackert samma del, som färgats af guld, under det att mössan blir ofärgad. Den framträder nu starkt i blåviolett färg.

Med Beales karmin på friskt material blir delen af hufvudet nedanför mössan efter den horizontala tvärlinien samt oftast äfven föreningsstycket färgadt rödt, sällan starkt, men

skarpt begränsadt mot öfre delen (bild 9). På några sädeskroppar blir äfven mössan färgad och smultronlikt uppsväld såsom SCHWEIGGER-SEIDEL[18] angifver (bild. 10 och 11). Den har då en ytterligt stark färg, oftast mest ansväld i sin nedre del, där gränsen mellan afdelningarna eller den horisontala tvärlinien blir skarpt markerad. Helt nära svansspetsen af RETZIUS' Endstück, och ibland alldeles omslutande detta, sitter en olikformad, obegränsad klump, som upptagit karminfärg (bild 12).

Med osmiumsyra $^1/_3$ % och fuksin färgas förbindelsestycke och svans starkt. Föreningsstycket blir genom denna preparation och torkningsmetoden bäst markerad. Med stark imersionslins har jag på de flesta hela svansar kunnat se en finare, uppåt markerad svansspets (Endstück, RETZIUS). Med denna preparering och ännu bättre efter behandling med 1 % osmimnsyra har jag fått bilder lika VON BRUNNS[48] (bild 13 och 14) där svansbetäckningen delvis aflossats och blott en finare tråd kvarstått, sammanhållande det hela. Dessa aflossningar träffa företrädesvis föreningsstycket och här framföralt öfvergångsstället till egentliga svansdelen (Hauptstück, RETZIUS). På yngre sädeskroppar aflossar betäckningen lättare.

Hvarken på preparerade eller friska sädeskroppar har jag kunnat finna någon spiraltråd eller söm; men svansen förefaller ej vara fullkomligt rund utan något tillplattad liksom hufvudet och det i samma plan som det men ringare.

Innan jag går öfver till testispreparat, vill jag ej underlåta att nämna en iakttagelse.

Då man tillsätter vatten till lefvande sädeskroppar så rulla de som bekant ihop sig i en slynga. Man ser, huru svansen slår sig än åt rygg än åt buksidan alltid i samma plan, men hvad man också konstant ser är, att hufvudet aldrig är böjdt åt ryggen utan städse åt buksidan. Hos den lefvande sädeskroppen har jag, då den är i rörelse, också iakttagit, att aldrig böjning sker åt ryggsidan mellan hufvudet och föreningsstycket, och man skulle kunna säga, att utgångsslaget i svansens rörelse går i riktning mot buksidan. Svansen kommer därigenom att snärta åt buksidan till.

Säkerligen stå dessa förhållanden i samband med den förut omtalade svanstappen, som kvarstår vid ryggsidan af hufvudet, när det afbrytes från svansen.

Hufvudets längd är 0,005 mm. Svansen 0,08 mm., däraf föreningsstycket 0,01 mm.

Testis har jag behandlat med MÜLLERS lösning, kromsyra, sprit och FLEMMINGS vätska och färgning med (GRENACHERS) hematoxylin samt med BEALES karmin.

Användningen af MÜLLERS lösning eller FLEMMINGS vätska har här dikterats af det jag ville se. Efter fixering med MÜLLERS lösning och färgning med hematoxylin framträdde kärnen helt diffust färgad, och jag kunde tidigare och oftast bättre genom cellsubstansen urskilja svansen. Mössan färgades ej, och just genom att kärnen för öfrigt helt och hållet var färgad, framträdde den ofärgade mössan tydligare, ja den stack äfven tydligt af mot cellsubstansen.

I centrum på runda celler ligger den helt färgade kärnen (bild 1), och tätt intill den börjar den ofärgade mössan först såsom en liten perla utveckla sig, tils den omsluter ungefär halfva kärnen på samma sätt som v. LA VALETTE ST. GEORGE[28] redan omtalar i STRICKERS handbok.

Kärnen behåller ej länge sin plats i centrum, och vi se bilder lik bild 2, där kärnen med mössan ytterst nästan trädt ut ur cellsubstansen. Denna hänger såsom en bred säck vid den mössan motsatta hufvuddelen, och vid god belysning och god lins kan man ofta iakttaga, huru en färgad sträng utgår från hufvudet och med en S-formig svängning i cellsubstansen når intill dess kontur och försvinner för ögat, i det den tyckes lägga sig i ytterkanten af cellsubstansen.

Blir cellen söndersliten, ser man emellertid ofta, huru en fin, bräcklig tråd sticker utanför cellen. Man ser, huru den färgade delen af hufvudet alt mer och mer mister sin ursprungliga form och närmar sig sädeskropphufvudet.

Nästa bild 3 visar cellsubstanssäcken långsmal, och svansen uttröder där vid dess ände, som motsvarar föreningsstyckets nedre gräns.

Genom cellsubstansen och ännu bättre, om denna mistat sin sammanhållning, se vi snart ett ofärgadt hölje, starkare ljusbrytande än omgifningen, omsluta föreningsstycket. Protoplasman försvinner alt mer och mer, och det ofvan nämnda höljet sammandrager sig så småningom och sluter snart helt intill tråden å föreningsstycket.

Cellsubstansen lossar mer och mer och hänger ofta endast vid nedre änden af föreningsstycket.

Med FLEMMINGS vätska och GRENACHERS hematoxylin framträder ej alltid mössan så skarpt som vid MÜLLERS lösning,

men för öfrigt är detta ovedersägligen den bästa metoden för studium af testis och sädeskropparnas utveckling, om ock en del förhållanden behöfver kontrolleras med andra metoder. Kärnfigurens förändring följer mössans tillväxt. Till att börja med är nätverket tydligt och består af tjocka trådar, men så småningom blir det otydligare och finare, och slutligen kan man ej iakttaga annat än något liknande en granulering.

Cellsubstansen färgas ej här såsom efter behandling med MÜLLERS lösning. Den lämnar oftast kärndelarna vid preparation med FLEMMINGS vätska, och vi få bilder lika bild 4, där den fina tydliga tråden synes utgå från hufvudets färgade del och omslutas af samma ofärgade hölje som hufvudets nedre del till kanten af mössan.

Med BEALES karmin färgas och ansväller såväl mössan som nedre delen af hufvudet på olika sätt. Jag skall emellertid hos hunden närmare skildra resultaten efter behandlingen med BEALES karmin. Att mössan hos hunden aflossar skänker bättre öfversigt i beskrifningen.

Råtta (*Mus decumanus*).

På friskt material iakttager man det smalt bilformiga hufvudet med sin åt ryggsidan förlängda spets. Svansen sitter excentriskt på ryggsidan något högre än nedre spetsen af hufvudet. Inga detaljer kunna särskiljas på hufvudet vare sig på friskt eller med fuksin färgadt preparat. På material från epididymis ser man ofta, att svansen är bruten eller rättare bräckt, och att stället för brytningen är konstant.

Genom en jämförelse med i fuksin eller bättre i osmiumfuksin preparerade sädeskroppar erfor jag, att stället för brytningen motsvarade öfvergången från föreningsstycket och egentliga svansen. Osmiumfuksin-metoden ger för råttan synnerligen vackra preparat (bild 15), som visa axeltråden. Särskildt aflossar lätt ett stycke af betäckningen vid det omnämnda öfvergångsstället.

Öfverosmiumsyre-guldkloridmetoden visade mig, att jag äfven här hade en mössa (bild 16). Jag kunde sedermera konstatera den med andra metoder, men fick den aldrig så vacker som med denna. Hufvudet färgar sig med den förut omnämnda vackra brunvioletta färg utom en spets eller huf, som, genom att den är alldeles ofärgad och starkt ljusbrytande skarpt afsticker mot den öfriga färgade delen af hufvudet.

Vid testispreparat med MÜLLERS lösning och hematoxylin framträdde mössan synnerligen tydlig (bild 17). Den sträcker sig längre ned på den bukiga delen och omfattar största delen af hufvudet. Vid ryggsidan från spetsen och nedåt hänger ofta länge, såsom bild 17 utvisar, ett stycke cellsubstans. För öfrigt erhålles bilder från testis, motsvarande dem från igelkotten. Med karmin blir på unga sädeskroppar den nedersta delen af hufvudet vid kanten af nedre konkaviteten färgad. De fullt mogna från vas deferens och epididymis färgas ej eller sällsynt en och annan.

Hufvudet är 0,01 mm., föreningsstycket 0,056 mm., hela svansen 0,16—0,2 mm.

Mus (*Mus musculus*).

Hufvudet är här äfven bilformigt men bredare och med kortare och smalare spets än hos råttan. Svansen sitter excentriskt (bild 18). På den mogna sädeskroppen har jag ej lyckats få se någon särskild mössa, men spetsen är så fin, att den ej kan skönjas färgad.

På preparat med MÜLLERS lösning och hematoxylin från testis har jag funnit hos ej fullt färdiga säderkroppar en spiraltråd, som omsluter axeltråden i föreningsstycket (bild 19). Den liknar de bilder från råttan, som JENSEN[55] visade vid sitt föredrag på naturforskaremötet i Kristiania. Jag har ej sett mössan aflossa från sädeskropparna i testis, och då kromatindelen här ej är så lång och spetsig som hos färdiga sädeskroppar, har jag anledning förmoda, att spetsen på svansens mogna sädeskropp likafullt bär mössa som råttans.

Hufvudet är 0,007 mm., föreningsstycket 0,024 mm., hela svansen omkring 0,1 mm.

Ekorre (*Sciurus europæus*).

Hufvudet hos ekorrens sädeskropp är ovalt med bredare öfre del, vid nedre delen är ett konkavt inklipp. I midten af detta sitter svansen koncentriskt. Den fäster sig således högre upp än nedersta delen af hufvudet. Hufvudet är tillplattadt, men ej plant utan kupigt, med den konkava delen motsatt den, vid hvilken svansen är fästad. Från kanten (bild 21) ser man, huru hufvudet ej står i svansens längdriktning utan med sin

konvexa sida i vinkel mot svansen. Samtidigt framträder då tydligare, att svansen är fästad något ofvanför nedre delen af hufvudet och på konvexa sidan.

På friskt material ser man en tvärlinie, nedanför hvilken hufvudet är mera ljusbrytande än ofvanför.

De bilder (20 och 21) jag lämnar visa, huru vid osmiumfuksin nedre delen svagt färgas. — För färgningsmedel förhåller denna sädeskropp sig för öfrigt såsom tjurens och baggens. Då jag kommer till dem, skall jag närmare gå in på detaljerna. Föreningsstycket är starkt markeradt.

Hufvudet är $0,_{008}$ mm., föreningsstycket $0,_{01}$ mm., hela svansen $0,_{013}$ mm.

Marsvin *(Cavia cobaya).*

Det första, som faller i ögonen på mogna sädeskroppar, är den mycket omskrifna skedformen hos hufvudet, och att sädeskropparna ligga intill hvarandra. De röda blodkropparna plägar man, då de ligga intill hvarandra, likna vid guldmyntrullar, här ligger det nära till hands att likna de sammanpackade sädeskropparna vid skedar lagda, såsom man brukar i hemmen, den ena in i den andra (bild 25).

På det friska preparatet ser man redan en halfmånformig mössa af olika ljusbrytbarhet med den del, den tyckes omfatta. Vid behandling med härdnings- och färgningsmedel kan urskiljas en horisontal gränslinie, motsvarande nedre kanten af mössan.

På ett för öfrigt misslyckadt osmium-guldpreparat (bild 24) framträdde denna gräns synnerligen tydligt. Aflossade mössor äro antingen afbrutna vid kanten af den med hematoxylin färgade delen eller aflossade, då nedre kanten är plan, och man kan då t. o. m. ibland se urgröpningen, hvari hufvudet suttit. Med BEALES karmin på mogna sädeskroppar från epididymis har jag ej lyckats få färgning men däremot en särdeles vacker på färdigbildade sädeskroppar från testis (bild 22 och 23). Den nedre delen af hufvudet färgades, och den färgade delen stack tvärt af emot nedre horisontala gränsen af mössan, hvilken ej färgades det ringaste, lika litet som den del af hufvudet, hvilken omslöts af mössan.

Mogna sädeskroppar, fixerade med FLEMMINGS vätska färgade sig nästan intet, med MÜLLERS lösning ringa i hematoxylin. På preparat från testis (bild 26 och 27) färgade sig huf-

vudets inre del eller det egentliga hufvudet. Hufvudet visade sig hafva, om man bortser från mössan, en konvex spets med nästan parallela sidor men vara vid svansänden plant. Mössan är i testis-preparat ej så konkav och i sin öfre del ej så öfverskjutande som hos den mogna sädeskroppen. Utvecklingsformer påträffas från den plana till den starkt mogna, kupiga mössan. — Mellanstycket, som är svårt att få se begränsadt hos den mogna sädeskroppen t. o. m. på osmium-fuksin-preparat kan såsom vanligt lätt iakttagas på testis-preparat.

Hufvudet är 0,013 mm., föreningsstycket 0,011 mm., hela svansen 0,08 mm.

Tjur (*Bos taurus*).

Hufvudet är ovalt något bredare närmare spetsen än vid basen. Med möda kan man på friskt material urskilja en horisontal begränsningslinie. — Med BEALES karmin (bild 28 och 29) blir den nedre halfdelen färgad och något uppsväld. Den öfre färgningsgränsen är synnerligen skarp. Den nedersta delen af hufvudet är ej eller svagt färgad, men denna nedre del sammanhänger tydligt med den färgade. Den nedre delen af den färgade delen är något konvex.

Den öfre delen af hufvudet är ofärgad. Dessa bilder från tjur eller bagge äro bland de vackraste man kan få se.

Genom osmium och fuksin framträder ibland gränsen, då nedre delen svagt färgas.

Osmiumguld ger ett helt färgadt hufvud (bild 30), men nedre delen får ofta en något starkare, glansigare färgton; den är mörkare, och skilnaden mellan dess och den öfre delens färg skulle kunna jämföras med en fernissad och en ofernissad färgad yta.

Vid kantläge hos sädeskroppen synes nedre delen bredare, ej så tillplattad som den öfre. Hematoxylin färgar hela hufvudet, men nedre delen sticker ofta af i färgton mot den öfre. Hvad form och delarnas proportion angår, så vill jag hänvisa till G. RETZIUS'[47] vackra noggranna bild. Angående testispreparat, så öfverensstämmer tjuren närmast med hunden, och skall jag, då jag kommer till den, närmare beröra en del detaljer.

Hufvudet 0,008 mm., föreningsstycket 0,012 mm., hela svansen 0,057 mm.

Bagge (*Ovis aries*).

Baggens sädeskropp är så öfverensstämmande med tjurens, att de knappast kunna särskiljas. Hufvudet på baggens sädes-

kropp är emellertid något längre. För reagentier förhålla de sig lika.

Med de alterations- och macerationsmetoder, jag enligt JENSEN försökt särskildt med detta enligt honom tacksamma material, har jag ej kunnat iakttaga några bilder, hvilka öfvertygat mig om någon spiraltråds existens hos baggen.

Hufvudet 0,01 mm.

Elg (*Cervus alces*).

Äfven elgen har med tjuren fullt lika sädeskroppar såväl i till form som reaktion.

Hufvudet 0,008 mm.

Katt (*Felis domestica*).

Formen på sädeskroppshufvudet är oval, bredast något ofvanom midten, hvarifrån det afsmalnar åt båda sidor. Det är plant vid svansänden. På friskt material urskiljes en tvärlinie. Nedre större delen är tjockare än den öfre. Osmiumguld ger en bild (bild 32) lik den af tjurens sädeskropp d. v. s. nedre delen har ofta en starkare glansigare ton. Öfversta delen är svagt färgad, dock har jag aldrig sett den helt ofärgad. Öfvergången är ej skarpt markerad och vid bild från kanten (bild 33) synes äfven spetsen färgad, ej såsom hos igelkotten, där äfven på kantbilder mössan framträder tydligt. Någon mössa kan här ej vara tal om.

Med BEALES karmin (bild 31) får jag nedre delen färgad, och denna färgade del är skarpt markerad uppåt. Äfven föreningsstycket färgas ofta med karmin i samma färgton som nedre delen af hufvudet. Hematoxylin färgar hela hufvudet. Svansen sitter koncentriskt. Föreningsstycket är lätt att särskilja.

Hufvudet är 0,004 mm., föreningsstycket 0,007 mm., hela svansen omkring 0,05 mm.

Hund (*Canis familiaris*).

Sädeskroppshufvudet har en oval form, öfre delen något bredare, och afsmalnar mera långsamt mot basen. Basen är inskuren, där svansen sitter. — På friskt preparat och något bättre på med fuksin (bild 40) färgadt iakttager man flere olika regioner. Nedre delen färgas af anilin mörkare, så kommer ett lju-

sare band och så åter ett mörkare, som aftager i styrka mot spetsen. Det ljusare bandet är olika tydligt på olika sädeskroppar. Med karmin färgas icke eller någon gång ringa, den nedersta delen hos den mogna sädeskroppen. Ett par gånger har jag fått äfven öfre delen färgad. De båda färgade delarna voro liksom på fuksinpreparat skilda af ett ofärgadt band. — Med guldosmium färgas den helt och hållet, och äfven här äro båda de ofvan nämnda delarna utmärkta genom en högre färg. Karmin direkt på testispreparat färgar hela hufvudet, som får en toppig form med indragning på midten (bild 41). Genom det ammoniakaliska karminet svälla delarna olika upp. Den öfre delen är lik en toppmössa; färgen liksom ytan är jämn. Nedre delen är rundad, ej jämn utan mera knottrig och ej så jämnt färgad. — Den öfre delen aflossar helt och hållet vid insnörningen (bild 42 och 43). Den nedre delen kvarstår och tyckes draga sig samman och något nedåt (bild 44 och 45).

På färdigbildade sädeskroppar från testis färgas af karmin ofta nedre delen utan ansvällning (bild 46 och 47). Med Flemmings vätska och Grenachers hematoxylin får jag samma skarpa skilnader, som jag beskrifvit hos igelkotten. Då mössan ännu sitter kvar, har den ibland en ytterst svag, matt blåaktig färgton, som sticker af mot det nedre helt ofärgade höljet (akromatinet), hvilket omsluter hufvudet och föreningsstycket af svansen. Genom mössan kan jag ej tydligt se hufvudets form men väl genom akromatinhöljet. Det förefaller, som om den svälda mössan verkade såsom en lins, och då kromatin ligger inpå den (mellan den och dess fokus) får jag ej någon bild utan blott färgning. Bilderna 34 och 35 visa dotterceller från testis; 34, i tidigare stadium, då mössan ej nått sin fulla storlek och nätverket är stort och kraftigt i form och färg; 35, i senare stadium, då mössan blifvit större och mera utdragen, nätverket finare. Bilderna 36—39 visa utvecklingen af sädeskroppen. I 36 är mössan bred, kromatinet har samlat sig, men ej antagit någon bestämd form och skjuter ringa upp i mössan. I 37 och än mera i 38 har mössan afsmalnat och kromatinet börjat antaga en bestämd form samt skjutit högre upp i mössan. I 39 aflossar mössan.

Hufvudet är 0,006 mm., föreningsstycket 0,01 mm., hela svansen ungefär 0,06 mm.

Metachirus quica.

Spritpreparat, som jag erhållit från Stockholms högskola af prof. LECHE, färgades med hematoxylin. Det var godt och synnerligen intressant material.

Hufvudet hos den mogna sädeskroppen från epididymis är plattadt. Dess form är ej lätt att beskrifva men uppfattas lättast af bilderna 48, 49 och 50. Det är gaffellikt med skänklarna nedåt vända, Dessa skänklar tillsamman med sidodelarna af midtpartiet äro vridna om sin egen axel inåt sädeskroppens midtlinie. Härigenom ses sädeskroppshufvudets mellersta parti från bredsidan, men skänklarna till största delen från smalsidan. Denna anordning förklarar lätt, hvarföre sidodelarna och skänklarna framträda med starkare färgmättning. Något ofvanför den konkava kanten af hufvudets midtstycke sitter svansen koncentriskt på den ytan, från hvilken skänklarna vridit sig. Svansen blir mot vidfästningsstället tillspetsad, och hufvudet sitter i vinkel mot svansen likt en ståndarknapp.

Föreningsstycket är nedåt skarpt markeradt. Svansen är i sin helhet något tillplattad i samma plan som hufvudet.

På preparat från testis ses ofta hufvudet och föreningsstycket såsom vanligt omslutna af cellsubstans (bild 51). Det, som då först faller i ögonen, är hufvudets ställning i förhållande till svansen. På den mogna sädeskroppen stod hufvudet i vinkel mot svansen med konkava sidan nedåt; här står hufvudet också i vinkel mot svansen men konstant med konkava sidan uppåt. Öfvergångsformer till den blifvande ställningen påträffas talrikt (bild 52).

På testis-preparat har jag hos metachirus sett vackra bilder från föreningsstycket; än en skarpt markerad centraltråd, än denna omsluten af detta starkt ljusbrytande hölje, som, oberördt af hematoxylin, starkt sticker af mot cellsubstansen. Bäst framträder detta hölje, då såsom på bild 52, protoplasman mistat sin kontinuitet och aflossats.

Phascogale albipes.

Detta material liksom metachirus och macroglossus har jag erhållit från Stockholms högskola genom prof. LECHE. Det var sprithärdadt och färgades med GRENACHERS hematoxylin.

Dessa sädeskroppar äro de största, som hittills iakttagits hos däggdjur, och äro både därigenom och genom andra egenskaper, till hvilka jag senare kommer, af synnerligen stort intresse. Hufvudet hos den mogna sädeskroppen har en aflång, något tillspetsad form (bild 60). Det färgas helt och hållet; men en mindre mättad springa går från spetsen nedåt, vidgar sig vid nedre delen aflångt lökformigt och är omgifven utom helt nära basen af starkare mättade partier. — Äfven här liksom hos metachirus ger bilden intryck af, att sidodelarna vikit sig inåt, hvarigenom formen och olikheten i färgstyrkan uppkommit. Sedt från kanten (bild 61), ligger i allmänhet hufvudet intill svansen, dock kan man redan i detta läge se, att svansen räcker ända till midten af hufvudet och ligger på sidan motsatt den, åt hvilken hufvudet tyckes invikt.

En del sädeskroppar träffas med hufvudet ställdt i vinkel (Bild 62) mot svansens längdaxel, och sedda från kant ge de fullkomligt bilden af liljeståndare.

Från testis får man af phascogale särdeles vackra och upplysande bilder. De iakttagelser och bilder, som tillhöra utvecklingen, och som jag beskrifvit från igelkott och hund, få i de bilder, jag här lämnar från phascogale, en intressant motsvarighet och belysning. Bild 53 har den förut omtalade säckformiga cellsubstansen. Den färgade kärndelen har diferentierat sig och har börjat antaga en sådan form, att man tydligt kan igenkänna i den det blifvande hufvudet. Denna färgade del skjuter längst fram ur cellen och kärnen. Den ofärgade kärndelen är äfven skarpt markerad mot cellsubstansen. Bild 54 har aflång säckform, och en fin svansdel träder fram vid änden af cellsubstansen. Den färgade kärndelen har något förlängt sig. I grupper af dessa och följande utvecklingsstadier träffar man ofta stora, mest runda klumpar af cellsubstans utan kärnar.

I bilderna 55 och 56 har hufvudet fått sin bestämda form, och man ser nu ett ofärgadt parti aflossa, än början vid ena än vid andra änden af hufvudet.

Det aflossade stycket, bilderna 58 och 59, har nästan samma form som hufvudet, dock något bredare. En optisk linie i midten svarar mot den ljusare springan på hufvudet. Jag har uppfattadt detta ofärgade parti såsom en aflossande mössa. — Hufvudet står i vinkel mot svansen. Vid sin nedre yta omslutes det tillika med svansen af ett klart, ofärgadt hölje, som sticker af mot den färgade cellsubstansen.

På bild 57 sitter hufvudet T-formigt på svansen. En fin tråd, tydligt framträdande och färgad, utgår direkt från den färgade kärndelen och fortsätter sig i svansens centrala del (axeltråden).

Föreningsstycket är ej fullt färdigbildadt, men hvad som här framträder tydligt, är den direkta öfvergången och sambandet mellan det ofärgade höljet för hufvudet och föreningsstycket. Öfriga delen af svansen är färdigbildad.

På nästa bild, 60, är hufvudet i plan med svansen.

Svansen är hos den färdiga sädeskroppen nästan så bred som hufvudets nedre del. Den tillspetsar sig mot vidfästningsstället. Svansen är i sin helhet tillplattad och betydligt bredare än tjock. I midten urskiljes en mörkare centraltråd. Svansen är tjockast i midten och afsmalnar äggformigt mot sidorna.

Jag har iakttagit sädeskroppar, där stycken af svansbetäckningen aflossats lager efter lager, men svansen ändock bibehållit sin tillplattning ända tils endast den runda centraltråden var kvar. Något ändstycke har jag ej funnit.

Hufvudet är 0,013 mm., föreningsstycket 0,023 mm., hela svansen ungefär 0,25 mm.

Macroglossus minimus.

Det sprithärdade preparatet har färgats med hematoxylin.

Hufvudet är ovanligt bredt med en rät bas. Det färgas helt och hållet. Det är tjockast vid basen, hvarför också färgen här är mera mättad. Svansen sitter i en inskärning i basen.

Hufvudet är 0,005 mm.

III. Allmänna resultatet af undersökningarna samt kritik.

Alt sedan man började försöka färga mogna sädeskroppar, har den iakttagelsen gjorts, att de antingen icke eller ringa upptogo färgämne. Äfven jag kan konstatera detta för de metoder, man i allmänhet användt. Emellertid finner man vid vissa färgningsmetoder (t. ex. med karmin), att på material från vare sig testis, epididymis eller vas deferens, ja till och med på ejakulerad säd förhålla sig ej samtliga sädeskroppar lika för färgämnet. Några färgas mer och andra mindre, en del ej det ringaste, och dessa

senares antal ökas med uppsamlingsställets afstånd från testis. Redan af dessa förhållanden kan man sluta, att sädeskroppen med åldern blir oemottagligare för vissa färgämnen. Jag har emellertid sökt att göra mig oberoende af denna oemottaglighet hos den mogna sädeskroppen dels genom att finna metoder, hvarigenom jag kunde färga till och med den fullt mogne sädeskroppen (osmium-guldklorid och glaubersalt med hematoxylin), dels genom att söka färga ej fullt mogna eller t. o. m. outvecklade sädeskroppar. Huru jag lyckats i dessa försök, har jag nyss omtalat; hvilka slutsatser jag af dessa undersökningar vill draga, kommer jag nu till.

Genom VALENTINS, GROHES, SCHWEIGGER-SEIDELS, MERKELS, V. BRUNNS, WIDERSPERGS m. fl. arbeten framgår tydligen att sädeskroppen har en struktur. Den friska sädeskroppen ger redan en antydan härom genom dess olika ljusbrytande delar. Undersökningarna på de särskilda djuren — naturligtvis tager jag härvid endast dem i beräkning, från hvilka jag fått friskt material — visa, huru jag på mogna sädeskroppar från igelkott, marsvin och råtta genom osmiumguld-kloridmetoden samt genom hematoxylin efter MÜLLERS lösning och ännu bättre efter glaubersaltlösning kunnat särskilja en öfre, klar, ofärgad spets. Hos tjur, bagge, elg, katt. hund, ekorre däremot färgades hela sädeskroppshufvudet. Dock hade nedre delen en olika färgton.

Med karmin däremot färgades på sädeskroppen den nedre delen af hufvudet men ej öfriga delen.

Hvad färgningen af öfre delen hos igelkotten angår, så skall jag senare komma till den. Man ser sålunda, att redan hos den färdigbildade sädeskroppen kunna urskiljas tre olika reagerande delar: en, som hvarken färgas af guld, hematoxylin eller karmin, nämligen öfre delen eller mössan hos igelkott, råtta, marsvin, en, som färgas af guld, hematoxylin, men ej af karmin, nämligen öfre delen af t. ex. tjurens, hundens m. fl:s sädeskropp och den delen af igelkottens eller marsvinets sädeskropp, som är täckt af mössan; samt slutligen en del, som färgas af både karmin, guld och hematoxylin, nämligen nedre stycket hos samtliga sädeskropparna. Svansen blir ofärgad för osmiumguld samt för hematoxylin, då den ej förut behandlats med glaubersalt. Karmin färgar oftast föreningsstycket. Osmium fuksin färgar svansen samt nedre delen af hufvudet (t. ex. bild 20 från ekorre, hos hund äfven en öfre del af hufvudet; se nedan). Svansen

öfverensstämmer således närmast med nedre delen af hufvudet, men är än motståndskraftigare.

Att dessa tre olika färgbara delar äro olika substanser, är alldeles tydligt, dock kan jag ej komma mycket längre genom blotta undersökningen af färdigbildade sädeskroppar. Orsakerna till olikheten och den närmare förklaringen af dem tror jag mig emellertid hafva funnit genom mina undersökningar af sädeskropparnas utveckling.

Innan jag går in härpå, vill jag nämna några ord om cellens eller rättare cellkärnens olika delar och dess förhållande till färgämnen. För vår noggranna kännedom härom hafva vi företrädesvis att tacka FLEMMING[53]. Kromatin och akromatin, kärnens hufvudsubstanser, hafva fått sina namn företrädesvis efter deras olika förhållande till hematoxylin men äfven till andra färgämnen såsom safranin, guld m. fl. Huru vida det finnes en kärnmembran hos alla celler lämnar jag därhän; att en sådan finnes hos vissa celler, har jag ej anledning betvifla och anser med PFITZNER[52], att denna membran då är modifieradt akromatin (parakromatin PFITZNER). Karminet och särskildt BEALES karmin förhåller sig ej till kromatin och akromatin såsom hematoxylin. MAYZEL, FLEMMING o. a. säga efter sina undersökningar, att hos ägg visar sig genom karminfärgningen, kärnfiguren omgifvande röd gård. På testis-celler har jag gjort den iakttagelse, att hela kärnen visserligen färgas af karmin, men hufvudsakligen och starkast den del, som omger kärnfiguren. Jag kan väl känna igen kärnfiguren i den knottriga klump, som uppkommit genom att den omgifvande substansen färgats och döljer kärnfigurens trådar. FLEMMING har velat genom sin iakttagelse sluta sig till närvaron af en särskild substans, som ej finnes för öfrigt i cellkroppen.

Huru vida det är en särskild substans vill jag för tillfället lämna därhän. Jag är emellertid böjd för att tro, att vi här hafva en annan modifierad akromatinsubstans, som ej färgas af hematoxylin men väl af karmin och af karmin starkare än det öfriga akromatinet. Då det ligger inpå och omsluter kärnfiguren, får man vid mindre noggrann undersökning intrycket af, att kärnfiguren färgats och svält upp. Detta ger mig anledning kalla denna modifikation af akromatin för p s e v d o k r o m a t i n.

Med dessa färgförhållanden för ögonen vill jag öfvergå till mina undersökningar öfver sädeskropparnas utveckling. Jag vill härvid ej gå in på ursprunget för den cell, som blir till sädes-

kropp, ej huru den blir slutresultatet af en celldelning inom sädeskärnen, endast framhålla, att den är ett sådant slutresultat af indirekt celldelning.

För mig är här endast frågan om, huru sädeskroppen bildas ur dottercellen, och hvilka delar hos denna ursprungscell lämna bidrag till den mogna sädeskroppens delar.

På grund af mina undersökningar hos de särskilda arterna, som jag förut skildrat, skall jag nu lämna en allmän beskrifning af utvecklingen.

I dottercellen ligger kärnen till att börja med centralt; så småningom utvecklar sig en ljusbrytande kropp, mössan, helt inpå kärnen. Mössan växer, tils den täcker en del af kärnen. Kärnfiguren blir finare och slutligen ej möjlig att iakttaga annat än såsom en granulering. Därpå drager sig kromatinet ihop i en klump, fullt differentierad från akromatinet. Kromatindelen lägger sig inpå mössan, sammandrager sig mer och mer till en bestämd form och tyckes tränga längre och längre in i mössan. Från kromatinet utväxer i den mössan motsatta änden en tråd genom akromatinet, dragande detta med sig. Då svansen stöter till gränsen af cellkroppen, skjuter den, genom att fortfarande tillväxa, hufvudet med mössan före till motsatta delen af cellkroppen. Då svansen altjämt tillväxer, lägger den sig genom sin spänstighet i cellsubstansens yttre del, och har jag där några gånger kunnat urskilja den. Det tryck svansen i sin sträfvan att sträcka ut sig utöfvar på cellsubstansen visar sig i den breda säckform cellkroppen antagit. Slutligen öfvervinner svansens tryck cellsubstansens kontinuitet och bryter sig genom. Då får man de aflångt säckformiga bilderna och ser axeltråden gå igenom midten af cellsubstansen och sticka fram ur dess nedre del. Cellsubstansen bindes eller hänger fortfarande vid nedre delen af hufvudet och föreningsstycket. Stora fria cellsubstansklumpar kunna nu aflossas, och då cellsubstansen ej längre eger samma sammanhållning som förr, kunna de olika cellernas cellsubstans, då de ligga intill hvarandra, blandas eller rättare ingå så nära förening med hvarandra vid sina gränser, att det ser ut som en sammanhängande cellsubstansmassa, i hvilken de ännu icke färdiga sädeskropparna ligga tätt intill hvarandra. Detta är den förklaring på de s. k. v. Ebnerksa spermatoblasterna mina undersökningar lämnat mig. Jag skall emellertid senare återkomma till de olika åsigterna.

Cellsubstansen förenar de olika cellerna, men är dock närmast bunden till den cell, hvartill den hör. Detta framgår af de fingerlika ändbilder, man får, och än mera af de fall då ej några sådana cellgyttringar som de s. k. spermatoblasterna, cystor o. s. v. förekomma. Alt efter, som sädeskroppen färdigbildas eller så att säga mognar, befrias den från cellsubstansen. De sista styckena hänga vid de delar, som senast blifva färdigbildade, såsom öfvergångsstället mellan svans och hufvud hos några, vid nedre delen af föreningsstycket hos de flesta. Hos råttan hänger dessutom ofta jämförelsevis länge en cellsubstansrest vid hufvudets konkava del. Kromatinet blir mindre och mindre, det så att säga kondenseras mot en för arten bestämd form. Vid nedre kanten af mössan, där den stöter intill akromatindelen af hufvudet är en indragning, hvarest dessa delar beröra kromatinet. Akromatinet sluter sig mer och mer intill hufvudet och föreningsstycket, hvilka ligga liksom i en säck af akromatin. Mössan börjar äfven den att mista sin plastiska form; den plattas, och, ifall den ej aflossar, lägger den sig intill hufvudet och antager så småningom sin för arten egendomliga form. Hvad som är orsaken till, att mössan aflossar hos ett djurs sädeskropp och kvarstår hos ett annat, kan jag ej afgöra. Kanske är det beroende af kromatindelens form. Akromatinet, som närmast och vidast omger föreningsstycket, omsluter axeltråden alt tätare och får snart ungefär samma utseende, som öfriga svansen. Denna är emellertid tidigare färdig. Den tyckes ej vara fullt färdigbildad, då den spränger fram ur cellsubstansen, utan får sin form och tjocklek först sedan den lämnat den. Angående neddragningen eller omslutandet af akromatin har jag ej kunnat göra någon iakttagelse. Svansänden är i allmänhet fri. Hos igelkottens mogna sädeskropp är ofta, den yttersta änden af svansen försedd med en klump, som färgas röd af karmin. Man kan härvidlag ej hafva en cellsubstansrest för sig, utan reaktionen visar hän på akromatin, som ej modifierats likt höljet på öfriga delen af svansen. Antingen är det en klump akromatin, neddragen med axelsträngen, då den vuxit fram ur kärnen, eller har akromatinet sedan dragits ned långs axelstången och här såsom ett öfverskott stannat utan att förändras eller modifieras.

Färgningarna med hematoxylin i testis efter fixering i FLEMMINGS vätska visa kromatinets och akromatinets formförändringar och utveckling, och det är lätt att känna igen samma delar hos den färdiga sädeskroppen och sluta till, att den med guld och

hematoxylin, men ej med karmin färgbara delen af hufvudet är kromatin.

Jag har förut omtalat utvecklingen af mössan och dess aflossning, jag vill nu nämna några ord om dess färgbarhet i outvecklade och mogna sädeskroppar.

I bilderna från hunden, som jag förut omnämnt, färgades mössan af karmin men med jämnare yta än akromatinhöljet. Huru vida här finnes ett underliggande färgadt lager af akromatin, och i sådant fall psevdokromatin, kan jag ej bestämdt afgöra, men intet talar däremot. Med hematoxylin färgas ej mössan, men på outvecklade sädeskroppar är den ej så genomskinlig som akromatinet, utan döljer tvärtom ofta den underliggande kromatindelen (se ofvan sida 35). Hos den fullt mogna sädeskroppen är mössan fullt genomskinlig och färgas ej af något färgämne. Sammanställer jag detta med erinran om, huru mössan utvecklas inpå kärnen, så eger jag visserligen ingen rätt att påstå, att den utvecklas ur kärnen, men väl att *mössan är ett redan hos dottercellen utveckladt kärnbihang, som består af en särskild substans, hvilken i sina reaktioner närmast liknar akromatinet.*

Jag har visat, huru differentieringen af kromatin och akromatin försiggår under utvecklingen. I testis bibehålla de olika delarna sina bestämda reaktioner och förtjäna sina namn. Men så småningom förändras de båda. En slags kondensering inträder, och därmed förändras ock reaktionen. Kromatinet tillplattar sig alt mer och mer, får mindre och mindre volum, och med det samma aftager dess förmåga att färgas af hematoxylin. På samma sätt är det med akromatinet, äfven det krymper ihop och sluter sig intill kromatinet. Undersökningarna visa, att karmin endast hos en del djur färgar akromatindelen på den mogna sädeskroppen och här ofta endast höljet på hufvudet eller hufvud och föreningsstycke. Den del, som ligger inpå hufvudet färgar sig emellertid längst och starkast. Svansen nedanför föreningsstycket har jag ej sett färgad. Det är tydligt, att alt akromatinet slutligen förlorar sin färgbarhet och undergår en förändring, blir modifieradt motsvarande kärnmembranen d. v. s. blir parakromatin. Men den del eller det slags akromatin, som hos dottercellen färgades starkast, nämligen det af mig ofvan kallade psevdokromatinet, hvilket låg intill kromatinet eller kärnfiguren i dottercellen, återfinner man såsom relativt längst, starkast och lättast färgadt, liggande intill den stora kromatinsamlingen, som nu är hufvudet.

Hos en sädeskropp, nämligen igelkottens, träffas understundom mössan smultronformigt ansväld och starkt färgad efter behandling med BEALES karmin. I detta fall är det ej otroligt, att det just är psevdokromatin, som färgats och tränger på den ej fullbildade och nu af det ammoniakaliska karminet angripna mössan. Hos hunden träffas ofta sädeskroppar från epididymis, hos hvilka öfre delen af hufvudet bär med karmin och fuksin färgbara rester, som väl kunna vara ej aflossadt, ej oförändradt psevdokromatin. Detta talar för, att mössan skulle, i några fall åtminstone, kunna mellan sig och kromatindelen af hufvudet hafva akromatin eller dess modifikation psevdokromatin, och, att hos en del sädeskroppar efter mössans aflossning några rester kunna för längre eller kortare tid stanna kvar och kanske äfven öfvergå till parakromatin (t. ex. delen ofvan tvärbandet hos hundens mogna sädeskropp).

Det mogna hufvudets kromatin är, såsom jag ofta nämnt, synnerligen motståndskraftigt mot hematoxylin, men detta tillstånd af sålunda modifieradt kromatin måste uppfattas såsom ett öfvergående stadium. Man skulle kunna säga, att det ligger i dvala. — Med stöd af analogi från lägre djur kommer kromatinet åter en gång att uppträda såsom kärnfigur, och, sedan den förenat sig med äggets kärne, åter att börja dela och föröka sig. Då skall den säkerligen också vara mottaglig för färgämnen, Hvad som emellertid drager hufvudets kromatin från dess slumrande tillstånd är lika litet bekant som orsaken, hvarför det ingått i detta tillstånd. Att de kemiska förhållandena spela en stor roll är mer än sannolikt.

I natrium-sulfat har jag funnit ett kemiskt medel, som visat sig öfvervinna kromatinets motståndskraft mot hematoxylin och göra det åter färgbart. Säkerligen är detta salt ej det enda, som har dylik verkan.

Utvecklingen, sammanställd med färgningsförhållandena, tyckes mig utvisa, att *sädeskroppen består af en kromatinstomme — det egentliga hufvudet — och axeltråden. Denna stomme är omsluten af ett parakromatinhölje och på öfre delen ibland försedd med en mössa* (ett akromatinliknande bihang). *Saknas mössan, är öfre kromatindelen i allmänhet obetäckt.* Yttersta svansstycket är kanske äfven det understundom obetäckt.

Sädeskroppen är enligt mina undersökringar endast *dottercellens förändrade kärne.*

Jag vill nu söka visa, huru mina åsigter stämma öfverens eller kunna förlikas med mina föregångares.

Kölliker[12], Bloch[36] och Biondi[51] äro de ende, som helt öfverensstämma med mig i, att sädeskroppen i sin helhet är en kärnbildning. Sedan Köllikers tid hafva åsigterna växlat. Biondi säger utan några egentliga bevis, att sädeskroppen består uteslutande af kromatin. Sätter man mot den v. Ebners[23] m. fl:s åsigt, att hela sädeskroppen är en protoplasmabildning, så har man de båda ytterligheterna, emellan hvilken de andra åsigterna ligga. — Så mycket kan man emellertid nu anse såsom bevisadt och nästan allmänt antaget, att hufvudet härstammar från kärnen.

Köllikers åsigt, att sädeskroppen var homogen, fick falla redan för Schweiger-Seidels upptäckt af mössa och mellarstycke. Att sädeskroppen har struktur, är man ense om, men särskildt hufvudets struktur är föga behandladt om ock impulsen därtill redan tidigt var gifven.

Den af Valentin[4] antagna tvärstrimman på hufvudet, som af honom och Hartnack begagnades i praktiskt syfte, iakttogs ständigt, förklarades af Grohe[46] bero på ett kontraktilt ämne samt blef af v. Brunn[38] studerad ifrån utvecklingsståndpunkt. Han förklarade den, såsom ofvan nämnes, för det optiska uttrycket af en tidigare gräns mellan »de tvänne hemisfererna». Hos den friska, ofärgade sädeskroppen har jag iakttagit denna horisontala tvärlinie, och den är enligt mina undersökningar äfven ett optiskt uttryck af en gräns, men en gräns, som ännu finnes mellan två olika substanser, antingen mellan mössan och akromatinet eller kromatinet och akromatinet. Det är genom färgningsmedel, jag tror mig hafva påvisat detta. Då jag erhållero lika färgade partier, som äro skarpt begränsade, är det för visso ett bevis för en fortfarande olikhet mellan två ämnen, och härmed är ock angifvet bestämda strukturförhållanden.

En omslutande membran, såsom Grohe m. fl. antager, är ej öfverensstämmande med mina undersökningar, fastän äfven jag i akromatinet ser ett slags hölje, som tillsammans med mössan kan omsluta hela sädeskroppen. Ej häller är det mig möjligt ge någon förklaring eller visa någon motsvarighet åt Mieschers[34] bilder.

v. Brunns[38] och von Widerspergs[50] arbeten beröra mina något närmare, och jag vill därför nämna några ord om dem. v. Brunns iakttagelse, att mössan tillkommer alla däggdjurs

sädeskroppar under utvecklingen, konstateras af mina undersökningar till fullo. Att mössan är en protoplasma-anhopning kan jag ej se, att v. BRUNN bevisat, endast uttalat. Mina undersökningar gifva mig ej någon upplysning, om, hvarifrån denna skarpt begränsade bildning har sitt ursprung, och anser jag denna fråga ännu vara outredd. Hvad de af v. BRUNN från MERKEL[35] upptagna två kärnhemisfererna angår, kan jag ej få dem fullt klart för mig. Jag kan ej tänka mig dem vara annat än den ena, den af mössan täckta, och den andra, den obetäckta delen, och att således mössan gjort olikheten. v. BRUNN antager en kärnmembran, då han säger, att mössan är ett med den. Såsom jag ofvan nämnt, är jag ej häller obenägen att tro, att åtminstone hos vissa djur, ett akromatinlager ligger mellan mössan och kromatinet.

v. WIDERSPERG säger också, att en del af kärnmembranen blir afstött tillsammans med mössan och säger sig hafva grund anse mössan vara en membran, som består af v. BRUNNS protoplasmahopning och främre delen af kärnmembran. Detta är ju nästan det samma, som min åsigt, endast att jag ej vill här begagna namnet kärnmembran af det skäl, att jag anser det förvillande. v. BRUNN och v. WIDERSPERG säga nämligen, att kärnen, d. v. s. både kromatin och akromatin blir till hufvud. Kärnmembranen uppfattas då som särskild bildning. Jag säger, att kromatinet blir till hufvud och akromatinet i sin helhet eller till största delen förändras till parakromatin d. v. s. samma modifikation af akromatin, hvaraf kärnmembranen består. För dem är kärnmembran något bestämdt gifvet till form och volum, för mig skulle, om jag använde uttrycket kärnmembran för höljet kring sädeskroppen, kärnmembranen bestå äfven af en del af det de ansett bilda hufvudets grundstomme.

Jag har talat om v. BRUNNS förklaring af tvärlinierna. Här såsom i det nyss nämnda förhållandet synes det mig, att, om han haft bättre arbetsmetoder och färgningsmedel, hans undersökningar blifvit än mera öfverensstämmande med mina, MERKELS och v. BRUNNS så kallade »Spitzenknopf» har jag ej varit i tillfälle att studera. Hvad som blir af den del af kärnmembranen, som ej aflossas med mössan, talar man ej om. WIDERSPERG nämner om, att hos människan bakre delen af hufvudet ligger i den bägarformiga bakre hälften af kärnmembranen.

Mina undersökningar från människa äro ej så fullständiga, att jag nu vill framlägga dem; men WIDERSPERGS åsigt står nära

hvad jag tror mig visat vara förhållandet hos djuren. Med Widersperg tror jag, att hos människan den nedre delen af hufvudet färgas med högre ton än spetsen ej blott genom ett omslutande hölje utan äfven genom den större tjockleken. Hos katten blir spetsen ej så starkt färgad säkerligen genom sin tunnhet och kanske äfven genom en starkare förändring. Olika partier i hufvudet behöfva nämligen ej vara lika förändrade. Flemming[57], hos salamandern och Biondi[51] för däggdjur tala först om hufvudet såsom bestående af kromatin.

Jag vill nu sammanställa trenne författare. Flemming, Klein och Biondi säga, att hufvudet hos salamandern bildas af kromatin, och att mellanstycket är akromatin. Klein säger, att hufvudet bildas af kärnen men gör ett sluttillägg, att han ej har något emot, att mellanstycket bildas af akromatin.

Biondi låter hela sädeskroppen bildas af kromatin. Dessa tre äro de författare, som yttrat sig om celldelarnas deltagande i bildningen af sädeskroppen, och de två senare, Klein och Biondi, hafva särskildt arbetat med däggdjur.

Jag vill visa några paralleler ur våra iakttagelser angående utvecklingen.

Klein[45] talar om, att kärnen blir aflång, cellkroppen päronformig. Mellan kärnen och cellkroppen skjuter in en liten klar säck bakom kärnen; denna säck drar ut sig på längden och förändras till flaskformigt rör, som omfattar bakre delen af kärnen. Den andra änden af detta rör hänger samman med cellkroppen. Kärnen blir till hufvud, det flaskformiga röret blir membran till mellanstycket och cellkroppen delvis eller helt och hållet till svans.

Biondi säger, att kärnen begifver sig till periferiska polen af cellkroppen, under det denna antager oval form. Kärnen perforerar och blir stafformig. Cellkroppen och den akromatiska delen blifva fria, men kvarstå mången gång i oval form rundt om den metamorfoserade kärnen. Vid denna tid ser man en blåsa, hvilken blir hängande vid centrala polen. Svansen perforerar, tyckes det, denna blåsa, hvilken sedermera med undre änden af hufvudet bildar mellanstycket.

Klein talar om röret, som skjuter emellan kärne och cellkropp, och som blir till mellanstycke.

Biondi ser äfven en bildning, nämligen blåsan, som blir hängande vid centrala polen. Denna blåsa tyckes enligt honom hafva kromatiskt ursprung. Nog af, den bildar mellanstycket med

någon hjälp. Att detta rör eller denna blåsa icke är annat än akromatinet, som så småningom förändrar sin form genom att följa kromatinet i dess formförändring, är mig aldeles tydligt. Då kromatinet differentierat sig och skjutits af svansen ur cellsubstansen, blir det kromatinet närmaste liggande akromatinet ej täckt af cellsubstans utan framträder genom sin klarhet och ofärgbarhet såsom en säck eller blåsa.

Huru olika KLEIN och BIONDI draga sina slutsatser sins emellan och med mig, ser man dock, att flere af deras iakttagelser likna mina och gifva sålunda stöd åt de slutsatser, jag dragit. — I KLEINs slutanmärkning, att han ej har något emot att antaga, att mellanstycket bildas af akromatin, ligger en reservation, som med de konsekvenser, man derur kan draga, nämligen att hufvudet skulle bildas af kromatin, bringar honom än närmare min ståndpunkt.

SCHWEIGGER-SEIDEL sade, att mellanstycket var modifierad cellsubstans, öfriga svansen flimmerhår. V. LA VALETTE ST. GEORGEs åsigt, att mellanstycket var sammanlödningen mellan svans och hufvud var ett uttryck för, att mellanstycket hvarken tillhörde svans eller hufvud och tycktes beroende på, att han ej sett någon tråd genom protoplasmat. Efter EIMERs upptäckt, som v. BRUNN och andra såsom JENSEN och äfven jag hafva konstaterat, att en centraltråd går igenom hela svansen, har man ovilkorlig rätt att sammanföra föreningsstycket och öfriga delen af svansen såsom ett slags bildning, om de särskilda delarna än visa några kanske öfvergående anatomiska egendomligheter.

Min åsigt, att axeltråden eller centraltråden har kärnursprung och är en kromatinbildning, ser jag ej blott bevisad i mina egna iakttagelser, då jag ser den färgad och direkt utträda ur kärnen och dess kromatindel i synnerhet hos den under utveckling stadda sädeskroppen, utan jag tror mig ock finna stöd för denna åsigt hos föregående forskare. Så säger MENZEL[39], att han hos människan sett svansen utträda ur kärnen. EIMERs[33] »hals» är ju hans centraltråd, som står i direkt förbindelse med hufvudet och just den del, jag visat vara kromatin. BLOCH[36] säger, såsom ofvan nämnts, liksom KÖLLIKER, att hela sädeskroppen är bildad uteslutande af kärnen. v. BRUNN[48] säger visserligen, att axeltråden ej är en kärnbildning, men iakttager dess samband med hufvudet hos den mogna sädeskroppen och låter svansen utgå från kärnen i sädescellen.

Biondi[51] säger, att hela sädeskroppen är en kromatinbildning, och han drager sin slutsats ur bilder från testis, härdade med Flemmings vätska, då sädeskropparna ligga sammanpackade i hopade cellsubstansmassor. I detta fall blir egentligen endast kromatinet färgadt och synligt. Hans arbete utvisar ej, att han följt sädeskroppens utveckling i dess senare stadier. Det är tydligt, att han ej sett annat än så att säga stommen till sädeskroppen, och då han nu finner, att denna är kromatin, äro således hans undersökningar ett stöd för mina.

Att axeltråden har en beklädnad, visa alla de bilder, som ådagalägga närvaron af en axeltråd. Så talar ju Eimer[33] om centraltråd och protoplasmamantel, Jensen[44] om centralsträng med membran och spiralsträng, v. Brunn om axeltråd och ombildad protoplasmabetäckning. Angående denna beklädnads natur och ursprung har jag uttalat mig. v. Brunns iakttagelser från musen, huru kornen i protoplasma öfvergå till föreningsstycket, har jag ej kunnat konstatera. Just hos musen har jag däremot helt nyligen iakttagit bilder, öfverensstämmande med Jensens senare bilder från råttan. Men huru denna spiraltråd uppkommer, kan jag nu ej orda om, då jag ej haft tillfälle att göra ingående undersökningar i den vägen. Att den äfven är en kärnbildning, är jag fullt öfvertygad om, och det finnes intet, som talar däremot. På fullt utvecklade sädeskroppar har jag aldrig kunnat se spår af spiraler.

Jensen säger, att föreningsstycket är af annan protoplasmasubstans än svansen. Jag anser äfven, att åtminstone hos t. o. m. mogne sädeskroppar substansen (akromatinet i föreningsstycket) ter sig annorlunda än öfriga svansen; kanske är akromatinet ej så starkt eller kanske delvis ej förändradt til parakromatin. Hos mogna sädeskroppar kan man hos flere djur ej upptäcka gräns och skilnad mellan svansens delar. Hvad Gibbes spiralsöm och Krauses spiraltråd angår, så har jag ej kunnat konstatera dem.

I stridsfrågan om Sertolis epitelceller, v. Ebnerska spermatoblaster, Henle-Merkelska stödjeceller och nu sist Biondis mellansubstans, hvilken senare skulle bestå af det fria akromatinet och cellsubstansen från sädescellerna, har jag uttalat min åsigt. Mina undersökningar föra mig närmast Biondi, Grünhagen och Sertolis senare uttalade åsigt. Jag anser med Biondi, att de v. Ebnerska spermatoblasterna ej äro några egna bildningar, men gentemot honom, att akromatinet ingår i

dem. Akromatinet blir enligt min åsigt ej fritt. Dessa bilder kunna uppkomma just därigenom, att cellkroppens kontinuitet upphör vid svansens utslungande. Cellsubstansgränserna från de tättliggande cellerna upphöra, och man får intryck af en cysta-lik bildning. Genom preparation ser man emellertid bilder, som visa, att sammanhållningen mellan akromatinet och cellsubstansen ej fullt upphört, och att hvarje cell ännu länge kan särskiljas, om ock cellsubstansen afstötes mer och mer med akromatinets förändring.

Det tyckes, som om, nära kromatinet förändrades, den sammanbindande kraften mellan det och cellsubstansen skulle upphöra. Kanske ligger i detta förhållande vägen till en förklaring, hvarför den egentliga svansen slungas tidigt ut, och hvarför föreningsstycket så sent befrias från cellsubstansrester.

Anförde författare.

1. Leeuwenhoek A. Sur les animalcules de la semence des animaux. Philosophical transactions 1678.

2. Leeuwenhoek A. Epistolæ ad societatem regiam anglicam et cetera. Lugd. Batav. 1719.

3. v. Czermak J. J. Beiträge zu der Lehre von den Spermatozoen. Wien 1833.

4. Valentin G. Repertorium 1837.

5. Andry. De la generation des vers dans la corps de l'homme. Paris 1741.

6. Prevost et Dumas. Observations relatives à l'appareil générateur des animaux mâles; examen des liquides renformés dans les diverses glandes qui peuvent s'y rencontrer: histoire et description des animalcules spermatiques. Annales des sciences naturelles 1824. Tome premier.

7. Wagner R. Die Genesis der Samenthierchen. Müllers Archiv Jahrg. 1836.

8. Wagner R. Fragmente zur Physiologie der Zeugung vorzüglich der mikroskopischen Analyse des Samens. München 1836.

9. Von Siebold C. T. Ueber die Spermatozoen der Crustaceen, Insecten, Gastropoden und einiger anderen wirbellosen Thieren. Müllebs Archiv 1836.

10. Dujardin F. Sur les zoospermes des mammifères et sur ceux du Cochon d'Inde en particulier. Annales des sciences naturelles Second Serie. Tom 8, Zoologie, 1837.

11. Kölliker A. Beiträge zur Kenntniss der Geschlechtverhältnisse und der Samenflüssigkeit wirbelloser Thiere nebst einem Versuche über das Wesen und die Bedeutung der sogenannten Samenthiere. Berlin 1841.

12. Kölliker A. Die Bildung der Samenfäden in Bläschen, ein allgemeines Entwicklungsgesetz. Neuenburg 1846.

13. Kölliker A. Physiologische Studien über die Samenflüssigkeit. Zeitschrift für wissensch. Zoologie, bd VII, 1856.

14. Kölliker A. Handbuch der Gewebelehre des Menschen 1867.

15. Henle J. Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen 1866. — II Auflage, 1874.

16. Grohe T. Uber die Bewegung der Samenkörper. Virchows Archiv, bd 32. 1865.

17. SERTOLI. Del' esistenza di particolari cellule radioficate dei canalicoli seminiferi del testiculo umano. Giorn. di Morgagni, 1864.

18. SCHWEIGGER-SEIDEL F. Ueber die Samenkörperchen und ihre Entwicklung. Archiv f. mikrosk. Anatomie, bd I, 1865.

19. VON LA VALETTE ST. GEORGE. Ueber die Genese der Samenkörper I Mittheilung. Archiv f. mikrosk. Anatomie, bd I, 1865.

20. VON LA VALETTE ST. GEORGE. Ueber die Genese der Samenkörper II Mittheilung. Archiv f. mikrosk. Anatomie, bd III, 1867.

21. MERKEL F. Die Stützzellen des menschlichen Hodens. MÜLLERS Archiv 1871. (Göttinger-Nachrichten 1868, n:r 1).

22. BOLL F. Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der acinösen Drüsen. Inaugural-Dissertation, Berlin 1869.

23. VON EBNER V. Untersuchungen über den Bau der Samenkanälchen und die Entwicklung der Spermatozoiden bei den Säugethieren und beim Menschen. In ROLLETTS Untersuchungen aus dem Institute für Physiologie und Histologie in, Graz h. 2, 1871.

24. SERTOLI. Osservationi sulla struttura dei Canalicoli seminiferi del testiculo. Communicazione preventiva. Gazetta Italiana-Lombardia, ser III, tom IV, 1871. Refereradt af F. BOLL i Centralblatt 1872.

25. MERKEL F. Ueber die Entwicklungsvorgänge im Inneren der Samenkanälchen. MÜLLER's Archiv, 1871.

26. RIVOLTA S. Sopra gli elementi morfologici contenuti nei canaliculi seminiferi del testiculo degli animali domestici. Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli animali. Pisa, 1872.

27. VON LA VALETTE ST. GEORGE. Der Hoden in Handbuch der Lehre von der Geweben des Menschen und der Thiere VON S. STRICKER 1871,

28. BLUMBERG ALBERT. Ueber die Samenkörperchen des Menschen und der Thiere. Königsberg i Pr., 1873.

29. NEUMANN C. Ueber die Entwicklung der Samenfäden. Centralblatt für die medizinischen Wissenschaften, n:r 56, 1872.

30. VON MIHALKOVICS VICTOR. Beiträge zur Anatomie und Histologie des Hodens. Berichten der Math.-phys. Classe der Königl. Sächs. Gesellschaft der Wissenschaften, 1873.

31. MERKEL F. Erstes Entwicklungsstadium der Spermatozoiden. Centralblatt f. d. medzinisch. Wissenschaften, 1874, n:r 5.

32. KLAS CASIMIR. Ueber die Entwicklung der Spermatozoiden. Inaugural-Dissertation, Greifswald 1874.

33. EIMER. Untersuchungen über den Bau und die Bewegung der Samenfäden. Verhandl. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg N. F. bd 6, 1874.

34. MIESCHER F. Die Spermatozoen einiger Wirbelthiere. Ein Beitrag zur Histochemie. Verhandl. der Naturforschenden Gesellschaft in Basel, del 6, h. 1 1874.

35. MERKEL F. Erstes Entwicklungsstadium der Spermatozoen. Untersuchungen aus d. anat. Inst. zu Rosotck, 1873.

36. BLOCH J. Ueber die Entwicklung der Samenkörper der Menschen und Thiere Inaugural-Distertation. Prag, 1874.

37. NEUMANN C. Untersuchungen über die Entwicklung der Spermatozoiden. Archiv f. mikroskop. Anatomie, bd XI, 1875.

38. v. BRUUN A. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Samenkörper. Archiv f. mikroskop. Anatomie, bd XII, 1876.

39. MENZEL A. Ueber Spermatozoen nach Studien an einer Spermatocele. Archiv für klinische Chirurgie VON LANGENBECK, bd XXI, 1877.

40. SERTOLI E. Sulla struttura dei canalicoli seminiferi dei testicoli studiata in rapporto allo sviluppo dei nemaspermi. Torino, 1878.

41. VON LA VALETTE ST. GEORGE Die Spermatogenese bei den Säugethieren und dem Menschen. Archiv f. mikroskop. Anatomie, 1878.

42. HENEAGE GIBBES. On the Structure of the Vertebrate Spermatozoon. The quarterly Journal of mikroscopical Science. N. S., n:r LXXVI, oktober 1877.

43. HENEAGE GIBBES. On the Structure of the Human Spermatozoon. The quarterly Journal of microsec. science. N. S., n:r LXXIX, juli 1880.

44. JENSEN OLOF S. Structur der Samenfäden. Bergen, 1879.

45. KLEIN E. Beiträge zur Kenntniss der Samenzellen und der Bildung der Samenfäden bei den Säugethieren. Centralblatt f. d. med. Wiss. 1880.

46. KRAUSE W. Nachträge zur allgemeinen und microscopischen Anatomie. Hannover, 1881.

47. RETZIUS G. Zur Kenntniss der Spermatozoen. Biologische Untersuchungen. Stockholm, 1881.

48. VON BRUNN A. Beiträge zur Kenntniss der Samenkörper und ihrer Entwicklung bei Säugethieren und Vögeln. Archiv f. mikroskop. Anatomie, bd XXIII, 1883.

49. KRAUSE W. Der Spiralsaum der Samenfäden. Historische Bemerkungen II. Internationale Monatschrift f. Anat. und Histologie, bd II, h. 3, 1885.

50. VON WIDERSPERG G. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Samenkörper. Archiv für mikroskop. Anatomie, bd XXV, 1885.

51. BIONDI D. Die Entwicklung der Spermatozoiden. Archiv f. mikroskop. Anatomie, bd XXV, 1885.

52. PFITZNER WILH. Zur morphologischen Bedeutung des Zellkerns, morphol. Jahrbuch, bd XI, 1885.

53. FLEMMING WALTHER. Zellsubstans, Kern und Zelltheilung. Leipzig, 1882, m. fl. arbeten.

54. LEUCKART. Art. Zeugung. Handwörterbuch der Physiologie VON WAGNER, 1853.

55. JENSEN OLAF. Bemerkninger over Spermatozoernes Struktur. Föredrag vid naturforskaremötet i Kristiania 1886.

56. SERTOLI E. Sulla struttura dei canalicoli seminiferi del testiculo studiata in rapporto allo sviluppo dei nemaspermi. Seconda communicazione preventiva Gazetta. Medica Italiana-Lombardia. Milano 1875. Refereradt i Centralblatt f. wiss. Med. 1876 af BOLL.

57. FLEMMING WALTHER. Beiträge zur Kenntniss der Zelle und ihre Lebenserscheinungen, Arch. f. Mikroskop. Anat. 1880.

58. JENSEN O. S. Recherches sur la Spermatogenèse. Archives de Biologie 1883, d. IV.

59. ROMITI. Sulla struttura dei nemaspermi nel'uomo. Estratto dat Bollet della Soc. tra i cultori delle scienze mediche in Siena 1884. Refereradt i VIRCHOW's Jahresbericht af W. KRAUSE.

60. BROWN H. On Spermagenesis in the rat. Quarterly Journal of microscop. science N. S., n:r XCVIII, 1885.

61. GRÜNHAGEN. Ueber die Spermatogenese bei Rana fusca. Med. Centralblatt, n:r 42, 1885.

62. LAULANIÉ. Sur l'unité du processus de la Spermatogenèse chez les mammifères Comptes rendus, t. 100, n:r 22, 1885.

Förklaring af bilderna.

Taflan I.

Igelkott.

Bild 1. Dottercell från testis. MÜLLERS lösning. Hematyxolin. Kärne med mössa. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,200 ggr förstoring.

Bild 2. Sädeskropp under utveckling från testis. Rundadt säckformig cellkropp. Svansen tydligt utgående från kärnen. MÜLLERS lösning. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,250 ggr förstoring.

Bild 3. Sädeskropp under utveckling från testis. Aflångt säckformig cellkropp. Svansen utträdd ur cellsubstansen. MÜLLERS lösning. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,200 ggr förstoring.

Bild 4. Sädeskropp under utveckling från testis fri från cellsubstans. Akromatinhöljet börjar sluta intill kromatintråden. FLEMMINGS vätska. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,200 ggr förstoring.

Bild 5 och 6. Mogen sädeskropp från vas deferens. Mössan ofärgad. Kromatindelen färgad brunviolett. *6* sedd från kant. Öfverosmiumsyra-Guldklorid enligt RETZIUS. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,500 ggr förstoring.

Bild 7 och 8. Samma som 5 och 6. Mössan är här viken åt sidan. Tecknad i 2,500 ggr förstoring.

Bild 9. Sädeskropp från vas deferens. BEALES karmin på friskt material. Nedre delen af hufvudet och föreningsstycket svagt färgade. Mössan ofärgad. ZEISS $\frac{1}{81}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,500 ggr förstoring.

Bild 10 och 11. Sädeskroppar från epididymis. BEALES karmin på friskt material. Mössan smultronlikt ansväld, färgad. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. 2,500 ggr förstoring.

Bild 12. Svans med svansände från föregående. En färgad klump sitter omfattande öfre delen af ändstycket. Tecknad i 2,500 ggr förstoring,

Bild 13 och 14. Sädeskroppar från epididymis. Öfverosmiumsyra 1 %:tig och fuksin. Stycken af akromatinhöljet äro aflossade och axeltråden är obetäckt. LEITZ $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Taflan II.

Råtta.

Bild 15. Sädeskropp från epididymis. Öfverosmiumsyra 1 %:tig och fuksin. Akromatinhöljet aflossadt här och där, hvarest axeltråden blifvit fri. HARTNACK 9 im. Ok. 3. Tecknad i 800 ggr förstoring.

Bild 16. Sädeskroppshufvud från epididymis. Öfverosmiumsyra guldklorid. Kromatinet färgadt, skarpt markeradt mot den delen af mössan, som ej täcker det. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,000 ggr förstoring.

Bild 17. Ej fullt färdigbildadt sädeskroppshufvud från testis. MÜLLERS lösning. Hematoxylin. Mössan har ej fullt slutit sig intill kromatindelen. Ett cellsubstansstycke hänger kvar vid den konkava delen. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,000 ggr förstoring.

Mus.

Bild 18. Mogen sädeskroppshufvud. MÜLLERS lösning. Hematoxylin. ZEISS $\frac{1}{12}$, Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Bild 19. Ej fullt färdig sädeskropp från testis. MÜLLERS lösning. Hematoxylin. Mössan skarpt markerad, ofärgad. På föreningsstycket JENSENS spiraltråd. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Ekorre.

Bild 20 och 21. Sädeskropp från epididymis, osmium-fuksin. Akromatinhöljet på nedre delen af hufvudet samt föreningsstycket färgadt. *21* från kanten visar, att hufvudet står i vinkel mot svansen, och att det är konkavt. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Marsvin.

Bild 22 och 23. Färdig sädeskropp från testis. Sprit och BEALES karmin. Nedre delen af hufvudet är färgad af karminet. *23* kantbild visar äfven akromatinhöljet färgadt. Den skedlika mössan framträder här. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,100 ggr förstoring.

Bild 24 och 25. Sädeskroppar från epididymis. Osmiumsyra och misslyckad guldfärgning. Gränsen för mössan är här skarpt markerad. *25.* Sädeskropparna ligga såsom skedar ini hvarandra. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,100 ggr förstoring.

Bild 26 och 27. Sädeskroppar, ej fullt färdiga från testis. FLEMMINGS vätska. GRENACHERS Hematoxylin. Kromatindelen färgad, ljusare den delen, som täckes af mössan. Mössan har ej fått sin fulla skedform. Föreningsstycket ej fullt färdigbildadt. *27.* Kantbild. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,100 ggr förstoring.

Taflan III.

Tjur.

Bild 28 och 29. Sädeskropp från epididymis. BEALES karmin på friskt material. Akromatinhöljet på nedre delen af hufvudet färgadt, utom nedersta stycket. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Bild 30. Sädeskropp från epididymis. Osmiumsyre-Guldklorid enligt RETZIUS. Hela hufvudet färgadt, nedre delen med högre ton. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Katt.

Bild 31. Sädeskropp från epididymis. BEALES karmin på friskt material. Nedre delen af hufvudet och föreningsstycket färgadt. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,000 ggr förstoring.

Bild 32 och 33. Sädeskroppar från epididymis. Osmium-Guldklorid enligt RETZIUS. Hela hufvudet färgadt, nedre delen med starkare färgton. *33.* kantbild, visar, att nedersta delen är tjockare, och att afsmalning sker uppåt. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,000 ggr förstoring.

Hund.

Bild 34. Dottercell från testis. FLEMMINGS vätska. GRENACHERS hematoxylin. Kraftigt nätverk. Mössan under utveckling. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Bild 35. Dottercell från testis, längre utvecklad. FLEMMINGS vätska. GRENACHERS hematoxylin. Fina trådar och korn. Mössan något förlängd och större än på 34. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,500 ggr förstoring.

Bild 36—39. Sädeskroppar under utveckling från testis. FLEMMINGS vätska. GRENACHERS hematoxylin. Mössan afsmalnar. Kromatinet antager småningom hufvudets form och tränger in i mössan. Akromatinet sluter om nedre delen af hufvudet och öfre delen af den utväxande svansen. Axeltråden tydlig. I *39.* håller mössan på att lossa. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,400 ggr förstoring.

Bild 40. Sädeskropp från epididymis. Friskt material med fuksin. En nedre del något starkare färgad, så ett ofärgadt band, och därpå åter ett färgadt parti, som dock aftager uppåt. Spetsen ofärgad. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. *2.* Tecknad i 1,400 ggr förstoring.

Bild 41—45. Sädeskroppar under utveckling från testis. Friskt material med BEALES karmin. Mössa och akromatin färgade. Mössan med jämnare yta, men deformerad, aflossar i 42 och är fri i 43. Kromatinet ofärgadt. Akromatinet har dragit sig något samman i 44—

45 och sväller ej där smultronformigt upp. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,400 ggr förstoring.

Bild 46 och 47. Sädeskropp från testis. Friskt material med BEALES karmin. Akromatinhöljet färgadt. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,400 ggr förstoring.

Taflan IV.

Metachirus quica.

Bild 48—50. Sädeskroppar från epididymis. Sprit och GRENACHERS hematoxylin. *49.* Kantbild, *50.* half profil. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 51 och 52. Outvecklade sädeskroppar från testis. Sprit, GR. hematoxylin. Hufvudet har här skänklarna uppåt. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Phascogale albipes.

Bild 53. Dottercell under utveckling till sädeskropp. Sprit, GR. hematoxylin. Bred säckformig cell. Kärnen skarpt begränsad, Kromatinet och akromatinet differentierade, skarpt markerade. Kromatinet har antydning till hufvudform. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 54. Sädeskropp under utveckling. Aflång säckform. Axeltråden är skönjbar i cellsubstansen och vid dess nedre ände. Mössan märkbar. För öfrigt hänföres till 53. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 55 och 56. Sädeskroppar under utveckling. Hufvudet har fått sin storlek och form. Mössan aflossar. Akromatinet har ej längre rund form utan är mera trattformigt neddraget ej så skarpt skönjbart genom cellsubstansen. Axeltråden tydlig. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 57. Sädeskropp under utveckling från testis. Hufvudet T-ställdt. Axeltråden färgad, utgår från hufvudets kromatin. Akromatinet sluter trattformigt intill hufvudets undre yta och axeltråden. Öfriga svansen färdigbildad, jämn. Föreningsstycket är fritt från cellsubstans. ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 58 och 59. Lösa mössor från testis.

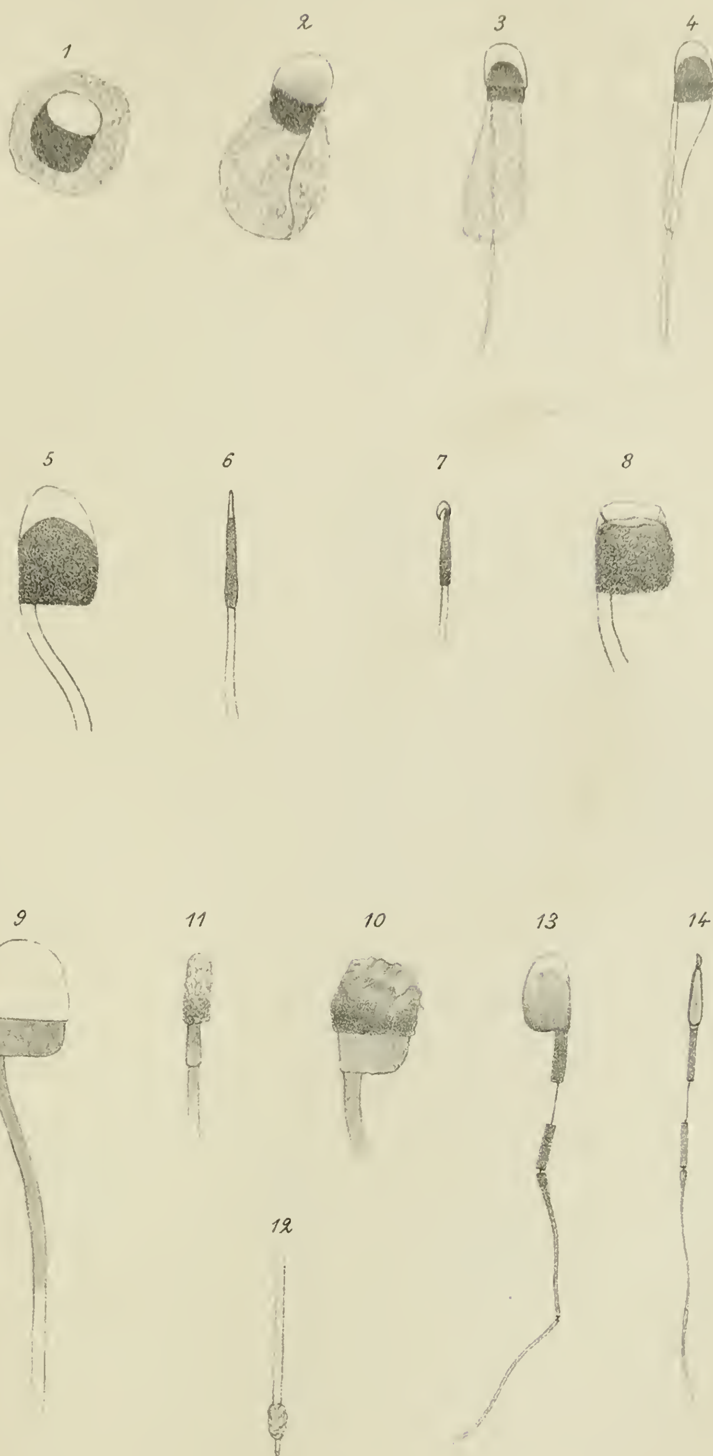
Bild 60—62. Sädeskroppar från epididymis. Hufvudet ger intryck af att vara inviket från sidorna. *62.* visar, huru svansen utgår från midten af hufvudet, hvilket, fast sämre, äfven ses på *61.* ZEISS $\frac{1}{12}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 1,300 ggr förstoring.

Bild 63. Svans af sädeskropp från epididymis. Bilden visar, huru ett lager af höljet är aflossadt, samt svansens bandlika form.

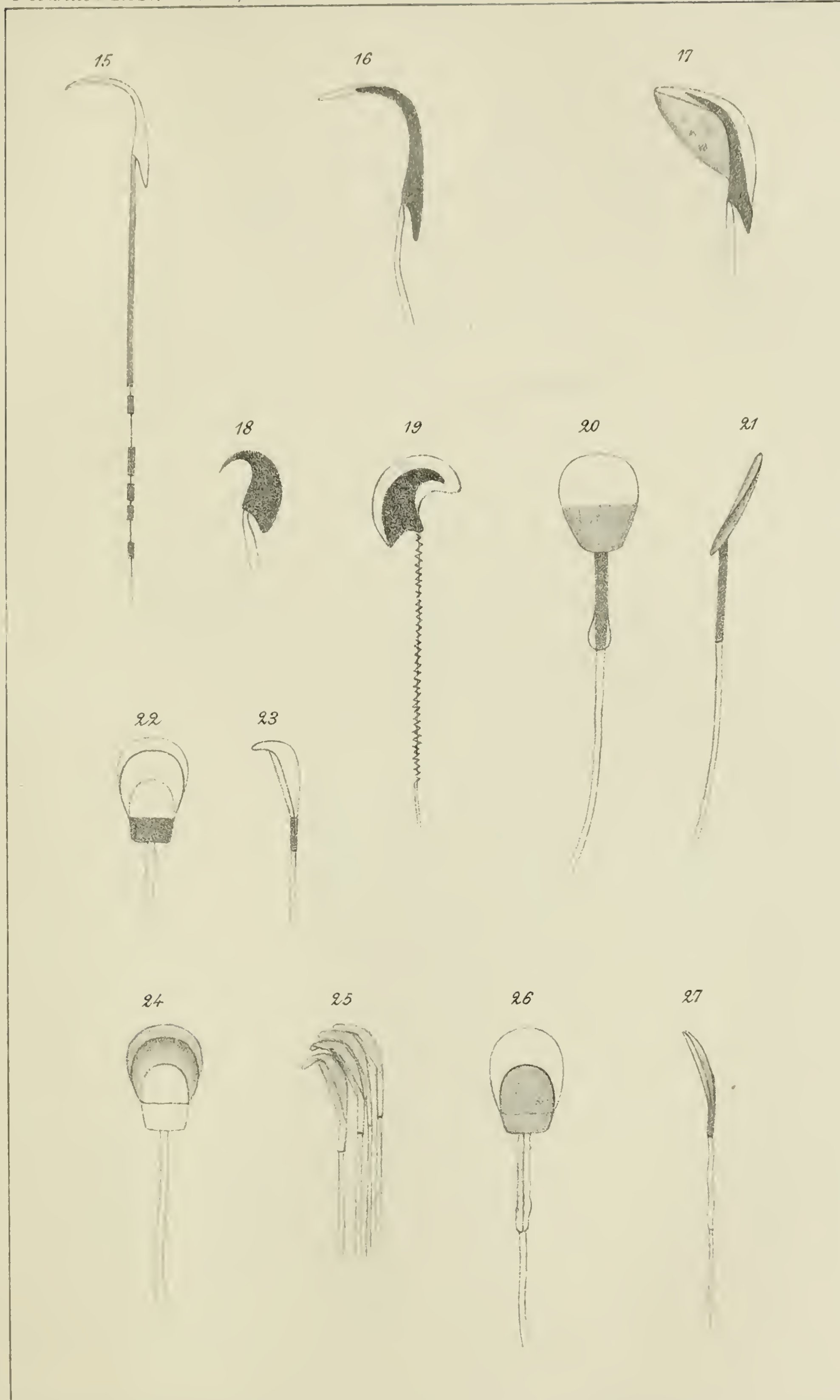
Macroglossus minimus.

Bild 64 och 65. Sädeskropp från epididymis. Sprit och hematoxylin. *65.* Kantbild. ZEISS $\frac{1}{18}$ hom. im. Ok. 2. Tecknad i 2,000 ggr förstoring.

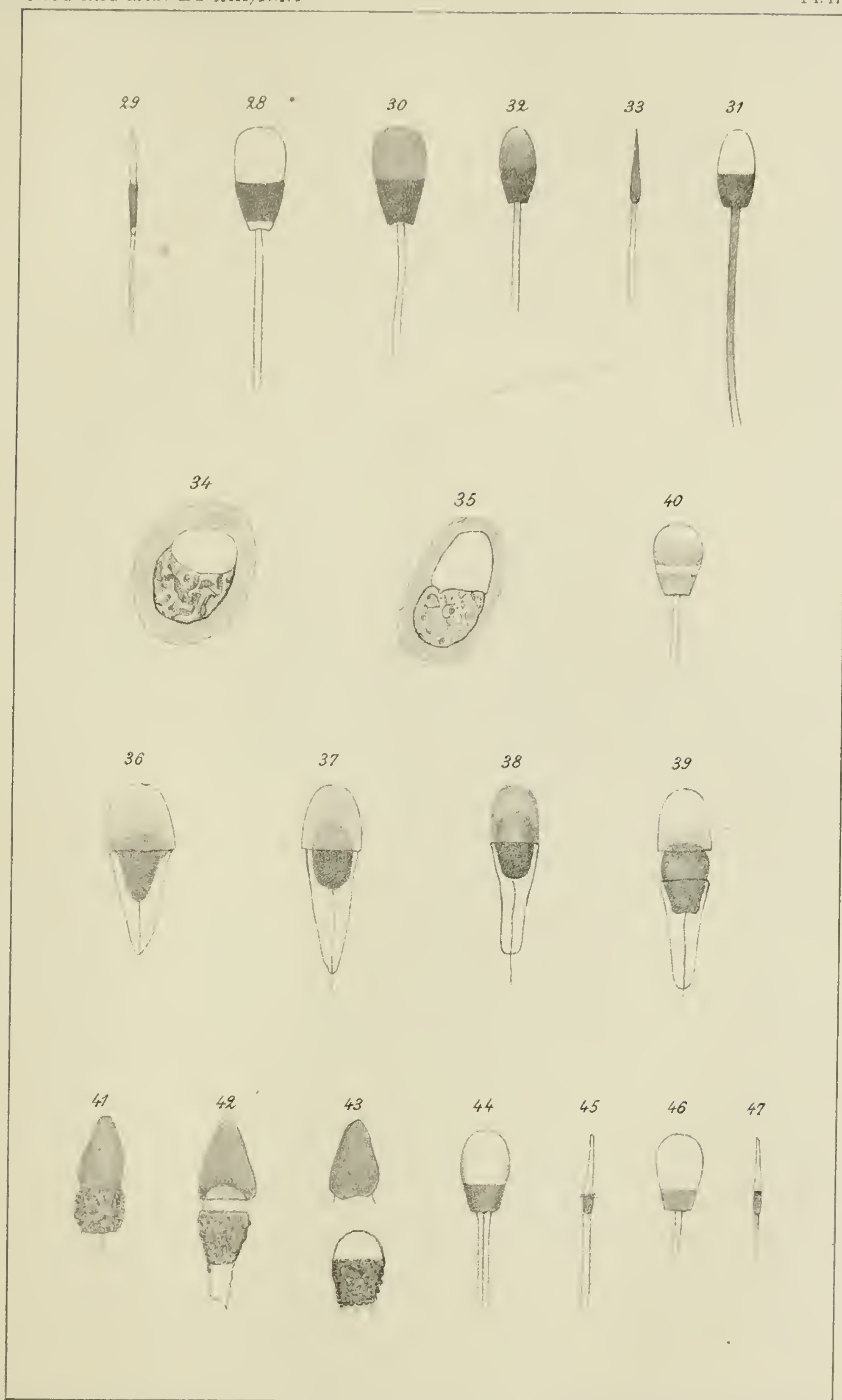
Stockholm, 1886. Kongl. Boktryckeriet.



Tecknadt af Carl M. Fürst. Lith W. Schlachter, Stockholm.



Tecknadt af Carl M. Fürst. Lith. W. Schlachter, Stockholm



Tecknadt af Carl M. Fürst.

Lith W. Schlachter, Stockholm.







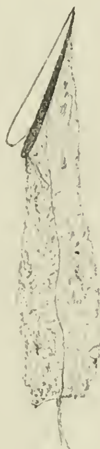






























Tecknadt af Carl M. Fürst Lith. W. Schlachter, Stockholm.

Om Fjärnelse af Benmarven som primär Behandling for den akute infektiöse osteomyelitis.

Af

Dr. med. TSCHERNING,
Reservekirurg, Köbenhavn.

(Foredrag holdt i det med. Selskab d. 2 Nov. 1886.)

I den Tid CHASSAIGNACS osteomyelitis har väret kendt som et Sygdomsbillede for sig, har Behandlingen varieret stärkt lige fra den radikale primäre Amputation, resp. Exartikulation til den tålmodigste Exspektation under Anvendelsen af narcotica, indtil Forholdene havde ordnet sig på egen Hånd og fört Patienten til de mere eller mindre ulykkelige Resultater, som Datidens Afhandlinger beskrive.

For at komme til en Forståelse af Betydningen og Berettigelsen af den Behandling, som jeg her vil plädere, kan det ikke undgås at kaste et Blik på Sygdommens Patologi. Uden at skrive en Monografi over Sygdommen vil jeg i Korthed henlede Opmärksomheden på den Plads i Patologien, man efter alt, hvad der foreligger, formentlig må anvise Sygdommen.

Den Omständighed, at man har betegnet hele Räkken af suppurerende, akute Benbetändelser med en Mängde forskellige Navne, som flegmonös periostitis, akut osteomyelitis, epifysär ostitis, akut infektiös osteolymphangitis, typhe des membres o. s. v., viser hen til det factum, at Sygdommen har vist sig under en hel Del forskellige Former, hvor snart dette, snart hint Symptom er trådt mest i Forgrunden. I nogle Tilfälde har således den lokale Proces prävaleret, i andre den almin-

delige infektiöse Tilstand hos Patienten, i nogle Tilfälde har Sygdommens Säde lige op ad en Epifyselinie isär pådraget sig Opmärksomheden, i andre Tilfälde er det den rigelige subperiostale Absces, der träder i Forgrunden. Det er derfor ikke blot Trangen til at skabe nye Navne, der har fremkaldt den rige Nomenklatur, det er snarere den Omständighed, at hver enkelt Forfatter isär har truffet en Form, som han da fandt bedst betegnedes med det eller det Navn, medens de andre Former ikke ere komne til hans Observation. Först da Studiet af Sygdommen ikke längere indskränker sig til et ringere Antal af Tilfälde, först da får man Öjet op for, at Polymorfien dog ikke er större, end at man bekvemt kan samle de forskellige Former under en fälles Betegnelse, som da bör väre så vid, at den ikke for meget markerer et enkelt Symptom. — Et Forsög i den Retning på en i det väsentlige klinisk basis er for nogle År siden foretaget her hjemme af Dr O. BLOCH i hans bekendte Afhandling om »Osteolymphangitis acuta infectiosa». Jeg tror ikke at kunne spore, at dette Navn, hvor adäkvat det end er, har formået at fordrive de äldre Navne fra Håndböger eller Monografier. Det forekommer mig, at det Navn, som mest almindeligt anvendes som Samlenavn, er det gamle CHASSAIGNACske »osteomyelitis diffusa».

Berettigelsen til fra et klinisk og anatomisk Synspunkt at samle de enkelte Former under en fälles nosologisk Enhed, skulle vi ikke gå ind på her. Vi kunne for den danske Literaturs Vedkommende henvise til de to her hjemme udkomne Arbejder af Prof. STUDSGAARD og Dr BLOCH, resp. fra 1863 og 1879. Det bliver til en vis Grad en Smagssag, om man vil skille de enkelte anatomisk karakteriserede Grupper ad eller vil holde särlig fast ved Enheden, således som de to nävnte Forfattere göre. Det Spörgsmål, hvis Afgörelse skulde betyde mest for Enheden, er det, der angår Sygdommens Ätiologi; og det var kun ved Begyndelsen af sin Lösning i 1879, men ganske ubesvaret — efter nu gäldende Opfattelse — i 1863. Ganske vist var i Slutningen af forrige decennium Betragtningen af Sygdommen som en Infektionssygdom ret almindelig anerkendt; men det väsentlige Bevis var ikke fört på en blot nogenlunde fyldestgörende Måde, og hvad der nu vides derom, er for de väsentligste Punkter oplyst i 80-erne.

Gennem Arbejder. af hvilke de vigtigste ere dem af PASTEUR, KOCHER, ROSENBACH, STRUCH, er man kommen til Vis-

hed om, at, hvad enten den akute suppurative Betändelse i en lang Knogle opträder mere lokaliseret til den närmeste Omegn af en Epifyselinie eller den er udbredt over et större Stykke af Diafysen, hvad enten den isär viser sig periostal eller central, så er den så at sige konstant ledsaget af Udviklingen af ganske bestemte pyogene Mikroorganismer, hvoraf navnlig en bestemt Form, der almindelig benävnes som staphylococcus pyogenes aureus, er tilstede i det langt overvejende Antal Tilfälde, medens også et Par andre kunne forekomme enten i Fölge med hin eller alene. Angående disse Mikroorganismers Specificitet for osteomyelitis er man i det hele kommen på det rene med, at noget sådant Forhold existerer ikke. De pågäldende Infektionsbärere genfindes af Pasteur, Rosenbach o. fl. i en Del andre typiske Suppurationer af akut Natur. Således er det, som det synes, navnlig vigtigt at erindre, at den allerhyppigste osteomyelitiscoccus — staphylococcus pyogenes aureus, er identisk med den, der findes i panaritium og Furunkel og flere flegmonöse Betändelser. Ligheden, resp. Identiteten er ikke blot konstateret under Mikroskopet, men også gennem Rendyrkning, og en enkelt Undersöger, Garré, har endogså på sig selv frembragt en vel karakteriseret Karbunkel ved Indgnidning i Huden af den fra en osteomyelitis rent dyrkede staphylococcus. Medens det konstante Sammenträf af de nävnte Svampe med osteomyelitis tyder stärkt hen på en Kavsalforbindelse mellem Bakterien og Sygdommen, så er der den Mangel ved Sagen, at den i Bakteriologien absolut gyldige Kontrol, nemlig Fremkaldelse af Sygdommen ved Indpodning af den rent dyrkede Svamp, indtil videre er mangelfuld. Ti vel have Becker & Struch, Rosenbach, Rodet o. fl. fremkaldt osteomyelitis hos Dyr enten ved Indpodning af Svampen i Benmarven eller ved samtidig med Ivärksättelsen af et Travme af Knoglen at indbringe Svampen andet Sted. Men det opnåede Resultat er ikke ganske konstant, og på den anden Side synes lignende Sygdomme at kunne opnås ved Infektion fra andre Parasiter end den eller dem, der ere karakteristiske Ledsagere af Osteomyeliten.

Om Infektionsorganismernes Indträngen i Värtorganismen, särlig om deres Valg af de ossöse Väv, vide vi kun lidet. Undertiden tänker man på emboliske Processer med inficeret embolus, undertiden tänker man på, at Parasiterne ere komne tilstede — men man ved ikke, hvorfra — gennem Blodström-

men på et Tidspunkt, da der af anden Grund er kommet en Ernäringsforstyrrelse i Stand (trauma o. l.), og på basis heraf udvikle nu Parasiterne deres giftige Egenskaber. Disse Hypoteser mangle dog endnu Holdepunkter med gyldig Beviskraft.

Hvorom nu alting er, så må man, stöttet til de nu kortelig refererede Oplysninger, anse Osteomyeliten eller, om man vil, Osteolymfangiten som en virkelig Infektionssygdom, dog näppe en sådan »sui generis», men en Infektionssygdom parallel, for ikke at sige identisk med de andre Suppurationer af flegmonös Natur i Bindesubstanserne, så at det ejendommelige for Sygdommen fremkommer ved Parasitens Udviklingssted, det ossöse Väv. Medens Egenskaber som Suppuration, Nekrose af Väv, Propagation, Metastaseren o. s. v. ere fälles for Osteomyeliten og Blöddelsflegmonerne, så får Sygdommen sit särlige Präg ved, at disse Forhold udvikle sig på et Sted, der i hele Organismens Tilvärelse har så stor Betydning som Benmarven og vigtige Skeletdele, samt i et Väv, der ved Nekrose ikke forsvinder således som nekrotiske Bindevävstrevler. Uden at ville foreslå et nyt Navn, der er särligt vejledende i patologisk Henseende, må jeg da bede om, at man ved Betragtningen af Sygdommens Behandling fastholder Opfattelsen af Osteomyeliten som en phlegmone ossium, hvor Analogier med Bindevävets diffuse og cirkumskripte Flegmoner også ere tilstede.

Det ligger när fra den Opfattelse af Sygdommen, som nu er gjort gäldende, — og som sikkert i intet Hovedpunkt divergerer kendeligt fra den Opfattelse, der hyldes af störste Parten af Kirurger, — at slutte, at den mest adäkvate Behandling må stå parallel med Behandlingen af Flegmonerne i andre Bindesubstanser, og at den Forskel, der kan blive, kommer til at hvile på de forskellige Substansers Natur, medens Hensigten bör väre den samme — Pussets Bortskaffelse.

I Korthed kunne vi også sige, at Broderparten af de mod den akute Osteomyelit anvendte Behandlingsmåder harväret sådanne, der tilsigtede en Fjärnelse af Pusset. Således havde CHASSAIGNACs superradikale Fremgangsmåde, Amputationen af den syge Extremitet, sin Berettigelse lige over for de meget maligne Former, på hvilke hans Betragtning af Sygdommen var grundet; ti under Datidens kirurgiske Betingelser var Organismen for kompromitteret ved Bevarelsen af en sådan Extre-

mitet, som Talen er om. Men Berettigelsen svandt, da man fra mange Kanter så, at der ikke altid stilledes så kategoriske Alternativer som Extremiteten eller Livet. På den anden Side måtte man se, at en så stärk udtalt Cunctatoropträden, som f. Ex. DEMME anbefalede, nok kunde medföre nogle gunstige Resultater, men at disse måske mere afhang af enkelte Patienters gode Lykke end af Terapiens Ufejlbarhed, og at de gode Resultater köbtes med for mange Ulykker. Skrämmede fra de to lige lidt berettigede Yderligheder, have Kirurgerne i de to foregående Decennier väret betänkte på at skaffe Patienterne, der angribes af osteomyelitis, forbedrede Chancer ved en Terapi, der fjärner sig mere eller mindre fra den ene og den anden Yderlighed, i det man sparer på Extremiteten, men söger Infektionsstedet fjärnet eller uskadeliggjort ved 1) Incisioner, 2) subperiostale Resektioner, 3) Trepanationer.

At disse tre Behandlingsmåders Indförelse har väret et Fremskridt i Osteomyelitens Terapi, er der ikke nogen Tvivl om. Hvor vidt nogen af dem er at anbefale fremfor de andre eller måske bör forkastes, afhänger dels af Behandlingens Värdi, empirisk set, dels af, hvor vidt den tilfredsstiller Fordringen til en Fjärnelse af det syge Parti eller dettes Paralysering, endelig af, hvor vidt Behandlingen i og for sig medförer nogen Fare for Liv og Lemmer.

Incisionerne, udförte som store eller mange Åbninger af de subperiostale eller de extraperiostale Abscesser og Flegmoner og forbundne med passende Dränage af Hulhederne, have i en stor Mängde af Tilfälde tilfredsstillet Fordringerne, i det man har set Symptomerne vige efter Behandlingen og i en vis Mängde Tilfälde har set Restitution indträde. Man har på den anden Side set, at Incisionerne vel have bragt de mest stormende Tilfälde tilbage, men dernäst er Nekrosen af et större eller mindre Benstykke eller den kroniske Benabsces med hele Räkken af recidive Smerter, Fistler o. s. v. fulgt på, som om Incisionen ej havde väret. Det er jo ikke muligt at vide sikkert, hvor vidt den tidlige Incision formindsker Nekrosernes Antal og Störrelser; men det synes dog at forholde sig således. — Gående ud fra, at Incisionerne kun kunde påvirke de udvendige Abscesser kendeligt, men ikke Pusset inde i Knoglen, forsögte man med den i Navnet »panostitis» liggende Opfattelse for Öje at nå videre ved Hjälp af den subperiostale Resektion af HOLMES o. fl., hvilken er baseret på For-

dringen om radikal Fjärnelse af det syge Parti og söger sin Berettigelse stöttet på Kundskaben om Periostets osteogene Egenskaber. Metoden vilde sikkert have fundet mange Dyrkere, om ikke den rummede den betydelige Fare, at den nävnte periostale Osteogenese kan svigte, og så står Patienten slettere end efter de simple Incisioner, selv om der fölger Sekvesterdannelse efter disse. Uheld som de nys nävnte ere af så stor Vägt, at de med Rette lade os vige tilbage for en Terapi, selv om den kunde siges som Regel at give gode Resultater. — Det er da rimeligt, at man har set sig om efter andre Midler til at fjärne eller uskadeliggöre Pusset, også når det lå inde i Benmarven. Dette er forsögt opnået ved Trepanationerne af de lange Knogler. Denne Terapi grunder sig oprindelig på den Opfattelse, at Pusset i Benmarven stod under et vist Tryk, og at Trepanationsåbningen virkede som en Sikkerhedsventil til at häve Trykket. Selv om denne Betragtning nu ikke holder Stik, så må man sige, at den nävnte Behandling har meget for sig. Ti den grunder sig på den vist mere og mere anerkendte Betragtningsmåde, at disse Sygdomme ere Osteomyeliter i dette Ords egentlige Betydning, d. e. at der som Regel ikke findes en simpel flegmonös periostitis, men at denne nästen altid har en Suppuration af Benmarven som Baggrund.

En Åbning af denne Suppuration vil da väre indiceret; ti Benmarven er et gunstigt Sted for Propagation af Betändelser. På den anden Side behöver man ej heller at frygte en Propagation til en sund Benmarv, således som man fra nogle Sider har indvendt mod denne Behandlingsmåde. Hvad man med mere Ret kan hävde, er, at Trepanationen simpelt hen som et Borehul på den kompakte Skal er utilsträkkelig, fordi man ej har Sikkerhed for netop at ramme det värste Sted og ikke får udtömt Pusset ordentlig, dersom det f. Ex. er infiltreret i spongiöst Väv. Trepanationen formindsker derfor kun i ringe Grad Chancen for Udbredning, dersom man da ikke udförer flere og större Trepanationer. Det er også ofte gentaget, at Trepanationen kun i ringe Grad sväkker Faren for Nekrose og Sekvesterdannelse, og som en indgribende Terapi, der dog ikke er tilsträkkelig, har den ikke vundet nogen almindelig Tilslutning. — Derimod må Operationen siges at väre farefri, i det den ikke kompromitterer Knoglens Kontinuitet således som de subperiostale Resektioner.

Hvis man altså uden at forøge Operationsfaren for Patienten kunde føre det berettigede Princip i Trepanationen igennem, nemlig Opsögningen og Fjärnelsen af pus, så vilde man i Teorien väre kommen Fordringen om en rationel Terapi närmere, og Spörgsmålet blev dernäst, om man altså ved en sådan Terapi, der teoretisk må siges at väre afpasset efter Sygdommens Karakter, kunde siges, praktisk talt, at have vundet noget väsentligt, altså navnlig, om man ved den Behandling 1) formindsker Livsfaren ved Sygdommen og 2) formindsker Chancen for, at der overhovedet dannes Sekvester, eller i hvert Fald, om der dannes noget, at det da bliver så lille som muligt. Den Vej, man måtte gå, var på passende Måde at forøge Trepanåbningerne i Mängde eller Störrelse, således at derved en Fjärnelse af den purulente Benmarv blev mulig, og derunder ved Dräns og Tamponer at sörge for et frit Afløb af den påfølgende Sekretion.

Besvarelsen af de to, oven nävnte, vigtige Spörgsmål kan kun ske ved Udförelse af sådanne Operationer for at forøge Akterne i dette Tvivlsspörgsmål, hvilke, for at bruge KOENIG-RIEDELS Ord, endnu ikke ere sluttede, knap begyndte.

Mit Materiale i så Henseende er vel ikke stort; men i Betragtning af den forholdsvis ringe Hyppighed, hvormed denne Sygdom opträder i sit akute stadium, navnlig i sit första Begyndelsesstadium, må en Räkke på 5 til 6 Tilfälde regnes for en ret stor Själdenhed. Da en Behandling som den oven antydede har givet mig Resultater, som opfordre til at forsöge Behandlingen på ny, har jeg trot en Offentliggörelse på sin Plads.

Söger man Literaturen efter, så forekommer den mig i det hele temmelig lidet righoldig på Meddelelser om de på denne Måde opnåede Resultater, og en Udtalelse i KOENIGS nyeste Håndbog om, at den pågäldende Slags Operationer jo er foretaget ofte nok, svarer ikke til, hvad man finder. Hvad der i så Henseende findes indtil Udgangen af 70-erne, gälder nästen udelukkende den gammeldags Trepanation med Undtagelse af en enkelt Udtalelse af SCHEDE, der forlanger bred Opmejsling af Marvkanalen. For det nuvärende Decenniums Vedkommende er det navnlig Franskmändene, der tage Ordet for Trepanationen. PANAS, LANNELONGUE, LAVERGNE

holde stärkt på, at Benmarven som Regel er angreben, og ville derfor altid trepanere, hvor der er periostalt pusfocus. Men også uden dette vil f. Ex. LAVERGNE på Diagnosen af et osteomyelitisk focus opsöge det ved Trepanation. S. GERMAIN og BARETTE mene ikke at kunne opstille Trepanationen som en ganske almindelig Regel, men spare den til de svärere Tilfälde.

I 1880 foretager KOENIG ved en Amputation af femur for suppurativ Knäledsbetändelse en påfölgende Udtömmelse af hele femurs Marv, som han finder angreben af fötid Suppuration. Han opnår Helbredelse herved og undgår den ellers vel indicerede Exartikulation af femur. Lignende Operationer foretoges af STOLL og PERCHOWSKY med gunstigt Resultat. KEETLEY opträder med tre Tilfälde af osteomyelitis, hvor han bortskaffer den syge Marv ved skarp Ske. Hans Tilfälde ere imidlertid Osteomyeliter i det kroniske stadium, dog uden Sekvesterdannelse, men med pus i Marvhulen. Også NEBELS Tilfälde er i det kroniske stadium, hvor Udkradsningen af Benmarven fölger på en Hofteresektion, og der göres påfölgende Dränage gennem et Trepanhul ved nedre Ende af femur: Helbredelse uden Nekrosedannelse. — Spörgsmålet har ikke väret til Diskussion på Kirurgkongressen i Berlin; og Indikationerne ere så lidt som Udförelsesmåden slåede fast.

Den i mine Tilfälde instituerede Behandling var jeg kommen ind på, isär gennem Observation af fölgende to Tilfälde, behandlede af Prof. STUDSGAARD.

1. Hr. Axel F., 31-årig Läge, har i sit 13de År gennemgået en Sygdom, der efter Beskrivelsen har väret en akut osteomyelitis tibiæ dextr. med Sekvesterafgang gennem spontane Perforationer. Siden oftere recidiverende Smerter og Fistler. Ved Optagelsen på Afdelingen d. $^{31}/_{8}$ 85 fandtes stärk Fortykkelse af h. tibia, et Par Fistler på Indsiden af dette, nogen Ömhed og Ödem af crus og Fod, men ingen Ledaffektion og ingen anden Knogle afficeret. D. $^{1}/_{9}$ 85 foretoges Opmejsling af tibia fra indre, forreste Flade. Intet Sekvester fandtes, men en Räkke kroniske Benabscesser fra övre til nedre Epifyselinie. Abscesserne vare forbundne indbyrdes ved fistulöse Kanaler og omgivne af en osteo-sklerotisk Skal, stärkt fortykket. Efter total Fjärnelse af Abscesindholdet og efter Afskrabning af Uregelmässigheder foretoges en Indkrängning af Blöddelene om Randen, hvor de fixeredes med Stifter. Behandling med Tamponering og Sublimatbandage. Helingen ved Granulationsdannelse medtog $\frac{1}{2}$ til $\frac{3}{4}$ År; men Pat. kunde allerede efter $\frac{1}{4}$ År gå oven Sänge. Ved Nedskrivningen heraf er Benet fuldständig rask med solid Cikatrice, uden Smerter; kun nogle

Varicer langs Cikatricen volde endnu af og til ubetydelige Vanskeligheder, men Funktionen fuldständig god.

2. Louis J., 12-årig Arbejdersön, indlagt d. $^2/_8$ 85 med stärk Feber og flegmonös, pastös Hävelse af crus, navnlig opad. Ätiologien negativ. Ved Incision Dagen efter fandtes en subperiostal Absces svarende til en stor Del af Forfladen og noget af Bagfladen. Da der efter 8 Uger holdt sig Fistler med slappe Granulationer, forsögtes d. $^2/_{10}$ på ny Incision, hvorved fandtes temmelig stärk Fortykkelse af tibias Benskal på Grund af nydannet Väv. Men desuden var der Ulceration af en Del af det äldre Benväv og tillige af enkelte Partier af det nye Väv. Den övre Del af Marvkanalen var pusfyldt; nedad var Marven sund. Större Sekvester fandtes ikke. Efter Opmejslingen og Afglatning lagdes Blöddelene om Randen ved Hjälp af Stifter. Efterbehandlingen antiseptisk ved Sublimat og Jodoform, og omtr. 6 Uger efter den nävnte Opmejsling var Helingen omtrent komplet, og Pat. gik oppe med god Funktion af Extremiteten. Udskreves d. $^{18}/_{11}$.

De to her anförte Sygehistorier vare for så vidt opmuntrende, som de tydede hen på en relativ hurtig Restitution til så vidt mulig normale Forhold fra det Öjeblik, Benmarvens pus var udtömt, og hurtigere hos det unge Individ end hos det äldre. Dette i Forbindelse med de ovenfor kortelig citerede Resultater andre Steder fra bragte mig til den Beslutning at forsöge en til de to anförte Sygehistorier svarende Behandling på det tidligst mulige Standpunkt af Sygdommen. De pågäldende Sygehistorier ere i kort Uddrag fölgende. Tilfäldene ere komne under min Behandling i Löbet af Sommeren 1886.

3. Simon Iversen, 10 År, Sön af Handelsrejsende. Köbenhavn. Indk. d. $^1/_3$ 86, udskr. d. $^7/_9$ 86.

Tidligere Anamnese negativ. Distorsion 8 Dage för Indläggelsen. Efter et Par Dage febrilia og Betändelsessymptomer af v. crus.

Ved Indläggelsen findes: stärk Febertilstand (Tp. omtr. 40°). Flegmonös Hävelse af v. crus. Fluktuation både langs forreste Muskelgruppe og i Dybden langs bageste Muskelgruppe. Ingen Ansamling i Knäet. Fixation af Foden i Plantarflexion. — Samme Dag: Incision mellem fibula og tibia, hvor Fluktuationen er stärkest. Rigeligt pus. Stor Blottelse af tibia. Åbning af Marvkanalen, der viser pus ligesom nedre spongiosa. Marvkanalen opmejslet (8 Cm:s Längde) med Udtömmelse af Marven i de to nedre Tredjedele. Da der også er pus udad, gennembores spongiosa lige over Epifysen med en Tunnel (fandtes begyndende Epifyselösning). Fodleddet åbnes, men findes relativt sundt, hvorfor det atter satureres Knäet sundt. Sänkning langs forreste Muskelgruppe samt igennem lig. interosseum til Bagfladen. Disse Abscesser dränes gennem passende Kontraåbninger.

Også Benhulen dränes ved Gummirör og antiseptisk Tamponade. Godt Temperaturfald; men der indfandt sig senere under Behandlingen enkelte Temperaturstigninger af kort Varighed, beroende på Tilstedevärelsen af nogle små pusfoci i Blöddelene. Sårene og Hulheden fyldtes ganske godt med Granulationer. Under Forlöbet händte det to Gange, at der kom arteriel Blödning fra en Dränskanal. Blödningen kom sikkert bägge Gange fra A. tibia antica, men stoppedes ved Underbinding förste Gang in loco, anden Gang på locus electionis. Da der holdt sig Suppuration fra et Par fistulöse Kanaler udvendig og indvendig på crus, foretoges d. $^{9}/_{6}$ efter godt 3 Måneder en Revision med Opmejsling af tibias Indside, hvorved fjärnedes 2 små Randsekvestre af Nåleform, 4 til 5 Cm. lange. Samtidig fik man Sikkerhed for, at Processen var aflöben og Marvhulen fyldt med nyt Benväv indtil Gränsen for nedre Tredjedel. Herefter helede Sårene, og Pat. udskreves efter $\frac{1}{2}$ Års Forlöb med Heling på et Par Granulationer når og delvis Funktion af Extremiteten. Senere har der väret nogen Ulceration af Cikatricen, og for at udtage et muligt Sekvester har jeg midt i Oktober 1886 foretaget en ny Revision; men der fandtes overalt frisk Benväv uden Ulceration eller Sekvester, men noget blödt. Foden er stärkt indskränket i sine Bevägelser, formentlig på Grund af Degeneration af forreste Muskelgruppe. Knäet, der har vist nogen Tendens til Flexion, er nu rettet ved passende Bandagering. Helingen af det sidste Operationssår er nu nästen fuldständig. Pat. går godt på Extremiteten, der dog er noget forlänget.

4. Anton Kongsbach, 6 År, Sön af Skomager. Köbenhavn. Ind d. $^{13}/_{4}$ 86, ud d. $^{7}/_{9}$ 86.

Tidligere Anamnese negativ. Mulig Kontusion 2 Dage för Sygdommen. To Uger för Indläggelsen fremkom Svulst om h. Skulder og h. Fodled sammen med febrilia. Behandledes med Omslag og Salicylsyre (under Diagnosen Gigtfeber). Efter 6 Dage udtömtes der ved spontant Gennembrud foran mall. extern. en Del pus.

Ved Indläggelsen findes en Abscees under M. pectoral. major, dog synes Skulderleddet intakt. H. crus viser flegmonös Hävelse og Rödme; foran mall. ext. den omtalte Perforation med Pusudflod. Fodleddet synes intakt, ligeledes Knäleddet. Svulst langs Lårkarrene. Almindelig, middelstärk febril Tilstand (Tp. 38,7).

Dagen efter: Incision langs Udsiden af tibia. Da der var Blottelse i ret stor Udsträkning af tibia, åbnedes dette, og da der var pus i Marven, opmejsledes hele Kanalen på tibias Indside, og det purulente Indhold, der nåede fra övre til nedre Epifyse, udskrabedes. Hulen behandledes med antiseptisk Tamponade. Flegmonen udad dränedes. Nedre Epifyse var lösnet, navnlig udad ved Rareficering af Benet her. Samtidig Åbning og Dräning af Abscessen under Pectoralismusklen. Her fandtes intet ossöst Udgangspunkt. Godt Temperaturfald. Senere passerede Pat. en let scarlatina. 14 Dage efter Operationen var der Granulationsväxt overalt fra Marvhulens Vägge, og efter omtrent 8 Uger var den udfyldt med Granulationer overalt. Men en lille Nekrose af den opmejslede Hules Rand förte til en

Eftergang af Såret, hvorved extraheredes et Par nåleformede Sekvestre. Ved övre Epifyselinie udtömtes desuden lidt pus. En lignende Revision foretoges atter en Måned senere, og efter 21 Uger udskreves Patienten med helet Sår og god Funktion. Tibia var dog stärkt fortykket. Ved Forevisning d. 2 Nov. 86 fandtes god Funktion, solide Ar. Extremiteten af samme Längde som den raske.

5. Peter Hansen, 10 År, Sön af Brändeskärer. Köbenhavn. Ind d. $^{17}/_{4}$ 86, ud d. $^{30}/_{7}$ 86.

Tidligere Anamnese negativ. 6 Dage för Indläggelsen Kontusion af ydre condyl. femoris. 2 Dage efter Kontusionen Feber, Smerter i Knäet samt Funktionsforstyrrelse, som nödvendiggjorde Sängeleje.

Ved Indläggelsen findes: stärk febril Tilstand (Tp. 39,4, P. 120). Svulst af h. femur og Knä. Ömhed langs nedre Ende af femur, isär udadtil ved biceps. Betydelig Ansamling i Knäet, der er fixeret i let Flexion. Dagen efter Indläggelsen antiseptisk Artrotomi. Leddet fyldt med tyndt pus og Membraner. Drainage af Leddet. Dernäst Incision langs femurs Udside. Subperiostal Absces med Blottelse udad og nedad samt af facies triangularis. Ved Undersögelse af Benvävet findes pus i Diafysen fra nedre Epifyselinie til lidt over Midten af femur. Al den purulente Marv udtömmes ved skarp Ske gennem en Opmejsling på omtr. 8 Cm. fra Epifyselinien opefter. Begyndende Epifyselösning. Ved övre 4de Del af femur anlägges et Fenester i den kompakte Skal; men da Marven her findes sund, lukkes atter. Dräning af Marvhule og Absces. Rask Temperaturfald. 1ste Forbinding efter 8 Dage. Senere skiftes med lignende Mellemrum. Såret granulerede hastigt til, og Cikatricen var efter omtr. 11 Uger fuldständig solid. Under Sygdomsforlöbet udviklede der sig en Peronæusparese, som syntes at tiltage med Arretraktionen af Abscessen ved biceps. I övrigt var der efter 3 Måneders Behandling delvis Flexion af Knäet og ganske god Brug af Extremiteten. Ved Forevisningen d. 2 Nov. 1886 fandtes fast Cikatrice, god Brug af Extremiteten. Knäet kan böjes til $1\frac{1}{2}$ à $1\frac{3}{4}$ R. Peronæusparesen har fuldständig tabt sig, så at Foden står normalt og beväges frit.

6. Lars Larsen, 8 År, Sön af Köbmand. Fejö. Ind d. $^{19}/_{5}$ 86, ud d. $^{7}/_{8}$ 86.

Anamnesen negativ. Uden kendt Årsag Betändelsessymptomer 6 Dage för Indläggelsen i nedre Del af h. crus. Stat. præsens: febril, tyfoid Tilstand med Tp. 39,6, P. 100. Flegmonös Hävelse om nedre Ende af tibia og Fluktuation lige over Tibiotarsalleddet forpå, udad. Ömheden stärkest udad. Foden fuldständigt fixeret i equino-varus Stilling. Dagen efter Indläggelsen: Incision på det fluktuerende Parti mellem Extensorerne og mall. ext. Pus fandtes under Periost og ved Undersögelse af det blottede tibia fandtes det pusfyldt; derfor opmejsledes på indvendige Flade med påfölgende Udtömmelse af pus, hvilket fandtes i Marven lige til midt i övre spongiosa. Tilsyning af Hudrandene til Benrandene. Gennemgående Drän gennem nedre Diafyseende. Antiseptisk Tamponade. Temperaturfald til omkring 38, som

holdt sig omtr. 1 Måned, derefter fuldt normal Temperatur. Den förste Forbinding skiftedes efter 6 Dage, senere med längere Mellemrum. Granulationer sköde godt frem fra alle Benväggene, og efter godt 6 Ugers Forlöb var alt Ben overgranuleret, og omtr. 13 Uger efter Sygdommens Opträden vendte Pat. hjem restitueret ad integrum.

Meddelelse fra Drengens Läge siger, at han går i Skole, har god Brug af Extremiteten, Arret solidt på en nålefin Kanal när, hvorfra der af og til kommer nogen lymfoid Vädske. Der föles intet Sekvester og kommer aldrig pus. Han er smertefri.

7. Rejnhardt Vaegler, 22 År, Barber. Köbenhavn. Ind d. $^{12}/_{5}$ 86, ud d. $^{22}/_{6}$ 86.

Har for nogle År siden väret opereret på Kliniker i Greifswalde og Kiel for lignende Affektioner i h. humerus og överste Ende af v. humerus. — Af hans Affektioner er den förste optrådt mere akut end de senere og end den nuvärende. Denne Gang er han uden kendt Årsag bleven syg for 6 Uger siden; der har udviklet sig Betändelsessymptomer om nedre v. Humerusende sammen med Feber. Smerterne ere aftagne, medens Hävelsen er tiltagen. Ved Indläggelsen findes stärk Betändelsessvulst om nedre v. Humerusende med Fixation af Albuen i Middelflexion. Det synes, som selve Knoglen er svullen. Ömheden navnlig ved Epifyselinien. Ingen Affektion af andre Knogler. Ganske godt Almenbefindende. Lidt Stivhed i Skulderleddene efter de gamle Affektioner, ellers alle Led sunde. Nogle Dage efter Indläggelsen: Incision langs lig. intermuscul. int. således, at Kar og Nerver skånedes. Ingen Absces. Benet under periost var ujävnt og ru. Ved en Trepanation fandtes pus i spongiosa, sträkkende sig fra Epifysegränsen op i Diafysen. Opmejslingen fortsattes nu omtrent til Midten af Knoglen, og purulent Marv udtömtes med Ske gennem det anlagte Fenester. Pusset nåede omtrent gennem Diafysens 2 nedre Tredjedele. Helingen gik for sig i Löbet af godt 6 Uger. Samtidig var Bevägeligheden af Albuen tiltagen. — Ved Forevisning d. 2den Nov. 1886 fandtes fuldständig fast Cikatrice, fuld Bevägelighed i Albuen. Han ernärer sig som Barber.

8. Ludvig Andersen, 7½ År, Sön af Köbmand. Köbenhavn. Ind d. $^{26}/_{6}$ 86, ud d. $^{25}/_{8}$ 86.

Tidligere Anamnese negativ. Trauma d. $^{20}/_{6}$ på höjre nedre Tibiaende, dog uden öjeblikkelig Funktionsforstyrrelse. Dagen efter Smerter og indtil Indläggelsen Feber og udtalte akute Betändelsessymptomer om nedre Ende af crus.

Ved Indläggelsen: flegmonös Rödme og Svulst om nedre höjre Tibiaende. Tvivlsom Fluktuation på mall. int. Fixation af Foden i Plantarflexion. Ingen Ansamling i Fodleddet. En betändt Ingvinalglandel. Stärk febril Almentilstand (39,2). Dagen efter Indläggelsen gjordes Incision på mall. int. Der fandtes Pusansamling på omtr. ét Gm under periost. Ved Trepanation fandtes spongiosa pusinfiltreret, og samme Forhold viste Marven ved Opmejsling af de nedre to Tredjedele af Benet; al denne Marv udskrabedes, og Hulen behandledes med

Drän og Tamponade. Hudranden sutureredes til Benranden. Godt Temperaturfald. Förste Skiften af Forbindingen efter 8 Dage. Senere Skiften med lignende Mellemrum. Granulationer kom rask frem overalt, og efter 6 Uger var der nästen fuldständig Cikatrice. Kun en Grube med blöde Granulationer over nedre Epifyselinie nödvendiggjorde en Udskrabning. Der var dog efter 9 Ugers Forlöb i alt nået komplet Heling og god Funktion af Extremiteten. — D. 2den Nov. 1886 kunde Pat. präsenteres med komplet normal Extremitet og faste, smalle Cikatricer.

Desuden har Dr. MAAG fra Nästved Sygehus velvilligt overladt mig fölgende Sygehistorie:

9. Carl Jensen, 16 År, Tjänestedräng. Faxe Ladeplads. Ind d. 18de Okt. 1886.

Patientens Sygdom begyndte for 8 Dage siden, da han red hjem fra Marken, uden påviselig Årsag, med Smerter i h. Knä og tibia. Siden har han ligget. Han gör Indtryk af at väre meget syg, ligger dösig hen og småklager. Temp. 40,2 ved Indläggelsen. Puls 100 dikrot. — Der er betydelig Svulst, Rödme og Ömhed af överste Halvdel af crus; Svulsten indtager särlig forreste inderste Flade, og der föles Fluktuation på Forfladen af tibia, begyndende lige under tuberositas tibiæ og endende midt på crus. Der er pastös Hävelse i Omfanget af det fluktuerende Parti. I artic. genus kun ubetydelig Ansamling (serös — Punktur). Ingen andre Artik. angrebne. Tungen tör. Pat. indlagdes om Aftenen; näste Dag d. $^{19}/_{10}$ gjordes under Narkose Incision i det fluktuerende Parti, hvorved en subperiostal Ansamling af tykt pus udtömmes. Pusset indeholdt ikke Oljekugler. Tibia denuderet i stor Udsträkning og dekoloreret på et lille Parti. Med Mejsel dannes en langagtig Åbning i tibias forreste inderste Flade lige ind til Marven; denne indeholder pus og udskrabes fuldständig med skarp Ske. Tibia er berövet sit Periost på hele den överste Halvdel af Forfladen; i samme Udsträkning opmejsles os og udtömmes Marven. Integumenterne med samt Periost sutureres med Sölvsutur til Kanten af Mejselåbningen. Hulen tamponeres med Jodoformgaze, og der anlägges Sublimatforbind. — D. $^{21}/_{10}$. Er i Dag helt smertefri. Tp. til Morgen 38,6 (i Går 39,3), har sovet godt i Nat. — D. $^{23}/_{10}$. Forb. skiftes 1ste Gang, alt vel. — D. $^{30}/_{10}$. Forb. skiftes 2den Gang. Såret granulerer godt i Blöddelene, også fra tibia begynder der at skyde Granulationer ud. Han har väret fuldständig smertefri siden Operationen, tåler godt, at Benet löftes. Sover og spiser godt. Udseendet frisk. Tp. normal. — Efter Oplysninger af 25 Jan. 1887 er Pat. helbredet uden Komplikationer og har fuldständig Funktion af Extremiteten.

Spörgsmålet bliver nu, om disse Tilfälde opfordre til Gentagelse. Svaret må falde dels efter selve Resultaterne, dels efter det Svar, som kan gives på Spörgsmålet, om man ikke kunde have opnået det samme ved simpel Incision. Til Svar

på Spörgsmålet om selve Resultaterne i mine Tilfälde må man sikkert erkende, at en Räkke af 6 Tilfälde (3—6 og 8—9) akut osteomyelitis forlöbende uden Sekvesterdannelse må i og for sig kaldes gunstigt, isär når hertil föjes, at ved 2 af Tilfäldene fandtes Epifyselösning (3 og 5), ved ét fandtes pyarthrus (5), ved ét hydarthrus (9), og ved ét fandtes metastatisk Absces (4). Det kan derefter ikke betvivles, at Behandlingen med stor Ro kan gentages; man gör näppe Patienten nogen Men derved, men skaffer ham gode Chancer.

Af Tilfäldene ere dog kun de tre eller fire af en mere malign Beskaffenhed, medens de övrige i alt Fald ere tagne på et så tidligt Standpunkt, at det i disse ikke er kommet til större Destruktioner i Omfanget, og Almeninfektionen ej heller er påfaldende alvorlig. Medens vi derfor efter disse Tilfälde föle os opfordrede til at antage, at man ved Osteomyeliter af lignende Beskaffenhed som de beskrevne giver Patienterne en god Chance med Hensyn til at undgå Sekvesterdannelse, at undgå Komplikationer og at opnå hurtig Heling, så stiller Sagen sig noget anderledes for et Par andre Spörgsmåls Vedkommende, nemlig: Hvor vidt sikrer den anvendte Behandling os mod den dödelige Udgang af de overmåde maligne Tilfälde, de egentlige typhes des membres; og hvor vidt sikres vi mod Totalnekrose ved total Periostallösning. Med Hensyn til det förste Spörgsmål vil jeg sige, at Chancen i den Art Tilfälde er så fortvivlet, at en Operation som selv en stor Opmejsling af en Rörknogle, er en meget uskyldig Ting at byde en sådan Patient, hvis Udsigter ere sådanne, at man har budt Amputation som eneste Udvej. Vi vide vel, at Ledsymptomer ofte opträde multipelt hos disse Patienter, men at dette langt fra er Tegn på multipel Metastase, så at vi ikke ved en Bekymring for en alt tilstedeväerende Almeninfektion skulle lade os afholde fra at udtömme det primäre pusfocus — eller åbne vi da ikke den primäre Absces hos en septisk-pyämisk Patient? Jeg vilde derfor ikke betänke mig på at foretage eller at tilråde den omtalte Terapi i sådanne Tilfälde.

Til Svar på det andet Spörgsmål, om Sikringen mod Totalnekrose ved Totalaflösning af Periostet, da må vi först erindre, at Totalaflösningen af Periost er sikkert flere Dages Arbejde, og kunne vi derfor kun udtömme Abscessen snarest muligt, så ere vi bedre stillede end ellers. Behandlingen skal hindre

Totalaflösningen, og i hvert Fald kan den ikke tänkes at begunstige denne Eventualitet. Hvorledes Sagen vil stille sig efter dennes Indträffen, er en Ting for sig. Herpå have vi intet Exempel; men Tilfälde 4 viser en Opmejsling langs Indsiden af tibia, medens der langs Udsiden fandtes en större Periostallösning. Der fandtes altså efter Operationen et Parti af Knoglen, der var blottet fra bägge Sider, og ikke desto mindre få vi ingen Nekrose af dette Parti. Dermed er det nu ganske vist ikke afgjort, at, fordi et sådant mindre Stykke af Benskallen kan leve videre uden udvendig eller indvendig Beklädning, at derfor en total Blottelse af en Knogle kunde tåle at kombineres med Udtagelse af Benmarven. Men det måtte her komme mest an på, hvorledes Benmarven er beskaffen. At der er pus i Marvhulen, når vi stå overfor en större Periostallösning, er der näppe Tvivl om, og dersom Marven virkelig var forandret til pus i sin Helhed, vilde man vel näppe kunne göre nogen Regning på den som et Näringssubstrat for selve Benet af nogen videre Betydning. Hvad vil man f. Ex. kunne vänte sig af en Benmarv, hvis tilförende Arterie er forandret til en nekrotisk Masse, således som jeg fandt det i et af mine Tilfälde (N:r 6)? Det vil derefter näppe kunne kontraindicere Behandlingen, at man står over for en total Aflösning, efter som vi vide, at Chancen for under disse Forhold at bevare Knoglen for en större Nekrose er overmåde ringe. Kun kunde det vel nok väre hensigtsmässigt at väre noget varsom med Hensyn til Udtömmelsen af Pusset i selve Marvhulen. Der kunde måske endnu findes levedygtigt Väv langs Hulhedens Vägge, og man kunde kompromittere Ernäringen, dersom man altfor hensynslöst ryddede alt af Vejen, altså navnlig anvendte Skeen altfor energisk. Man kunde under sådanne Forhold indskränke sig til en Anvendelse af Vandstrålen til Fjärnelse af det flydende pus.

Jeg vilde derfor sige: 1) for de meget maligne Tilfälde er Chancen så slet, at Operationen bör forsöges; 2) for Tilfälde med Totalaflösning er Chancen for stor Nekrose nästen absolut, og en forsigtig Udtömmelse af pus i Benmarven bör derfor forsöges; 3) for Tilfälde med pus i Marven og Periostalaflösning af ringere Udsträkning er Behandlingsmåden ufarlig og giver i det hele gode Resultater i forholdsvis kort Tid. — Men om man nu som Regel kunde opnå det samme ved simpel Incision? Det er utvivlsomt, at en stor Mängde Tilfälde af

samme Natur som nogle af mine have givet andre Kirurger gode Resultater ved simpel Incision. Og gående ud fra, at også i disse Tilfälde har der efter al Rimelighed väret pus inde i Knoglen, må man antage det for rimeligt, at den simple Åbning af den periostale Flegmone muliggör Resorption af pus i selve Knoglen. Og gående ud fra, at man overhovedet ved sin Behandling bör kompromittere Knoglerne så lidet som muligt, kunde man föle sig opfordret til at blive stående ved den primäre Incision og först åbne Kanalen på et senere stadium, når Feber og Smerter vedblive således, som det er skeet i Tilfälde 2, og som også har givet Dr. V. HEIBERG godt Resultat i 3 af ham behandlede Tilfälde, som han velvilligst har tilladt mig at benytte [1]). Men man må da erindre, at man i en stor Mängde Tilfälde vil blive nödt til denne Efteroperation eller måske til en langt senere foretagen Sekvestrotomi efter et mellemliggende stadium med Fistel og Suppuration. Medens der altså er Erfaringer, der tale for den simple Incision med Afväntning af, hvad der nu vil blive af Knoglen og den sandsynligvis flegmonöse Benmarv, og hvad man da skal göre ved den, så vise mine Tilfälde, at man med godt Resultat kan gå den her pläderede Vej: strax åbne og udtömme Marven fra Knoglens Indre. Kun en längere Räkke Tilfälde kan vise, om der herved vindes i Tid og med Hensyn til at undgå Sekvester.

Skal man gå denne Vej, så bör man sikkert få Tilfäldet under Behandling så frisk som muligt. Således ses af de oven nävnte Sygehistorier, at gennemgående de tidligst opmejslede Tilfälde give den hurtigste Udheling. Dog er her Sygehistorierne ikke så ensartede, at noget bestemt kan siges

---

[1]) Dr V. HEIBERGS Tilfälde ere behandlede af ham på Fredriksbergs Hospital og deres Sygehistorier ere i al Korthed fölgende:

1. Dagmar J., 10 År. Indl. den $^{4}/_{5}$ 85. Sygdommen begyndte som osteitis epiphysaria tibiæ sin. d. $^{18}/_{4}$ 85. Incisioner i Hjemmet d. $^{25}/_{4}$ og på Hospitalet d. $^{5}/_{5}$. Opmejsling og Udskrabning d. $^{18}/_{5}$. Udgik helbredet d. $^{7}/_{10}$ 85 (172 Dage).

2. Einer S, $3\frac{1}{2}$ År. Indl. d. $^{26}/_{12}$ 86. Lidelsen begyndt omtr. 1 År forud. Tilfäldet svandt i $\frac{3}{4}$ År under Dannelse af en Poplesfistel. Nu syg fra d. $^{25}/_{12}$ 85 under pludselige Symptomer på osteitis epiphysaria femor. dext. Incisioner og Fisteldilat. d. $^{27}/_{12}$ 85 og $^{8}/_{1}$ 86. Trepanation d. $^{19}/_{1}$ 86. Opmejsling og Udskrabning af femurs nedre Tredjedel d. $^{27}/_{1}$ 86. Udskrevet af Hospitalet d. $^{10}/_{3}$ og er senere restitueret (efter flere Måneder).

3. Helene D., 11 År. Indl. d. $^{1}/_{9}$ 86. Osteitis epiphysaria tibiæ sin. pludselig begyndt d. $^{28}/_{8}$ 86. Incisioner d. $^{2}/_{9}$ og $^{8}/_{9}$. Opmejsling d. $^{19}/_{9}$. Henlå endnu i November med granulerende Sår, men der var ikke Sekvestration.

derom. Det er muligt, at det, at en Patient, der er kommen nogle Dage för under Behandling, ikke frembyder så alvorlige Tegn som den anden noget senere behandlede, skyldes Tiden alene; men måske er Grunden at söge i Tilfäldets Svärhed i det hele taget, dette er jo umuligt at sige sikkert. At man under hver Omständighed helst må få Osteomyeliten tidligt under Behandling, anser jeg for almindeligt anerkendt, hvad enten man nu tänker sig at ville indskränke sig til simpel Incision eller man vil åbne selve Marvhulen.

Angående selve Operationsteknikken er der fölgende at bemärke. Den pläderede Fremgangsmåde adskiller sig fra den simple Trepanation deri, at denne sidste kun vil åbne for pus, medens man efter det her fremsatte vil udtömme selve den syge Marv. Hvorledes denne Udtömmelse bedst foretages, er det efter de få Erfaringer, der endnu haves, ikke muligt bestemt at angive. Der spares sikkert mest Ben, ved at man kun trepanerer og gennem et eller to Huller udtömmer Marven således som i Nebels Tilfälde ved Udkradsningsapparater (Skeer, Kuretter o. l.). Men man mister herved Oversigten over de syge Steder og kan med Lethed komme til at skyde ud over Målet, bortkradse sygt og sundt sammen. Det er i så Henseende en utvivlsom Fordel at skaffe sig en rigelig Adgang til den intraosteale Flegmone, hvilket kan ske gennem en nogenlunde bred Opmejsling. Denne bör da foretages efter fölgende Principer. Dersom der er Symptomer på en subperiostal Ansamling, incideres denne. Det blottede Ben vil da i nogle Tilfälde (f. Ex. Tilf. 9) kunne skönnes at indeholde pus, og Stedet, hvor man bör rette sine Mejselslag, giver sig således af sig selv. Hvis ikke nogen tydelig Forandring i den ossöse Overflade observeres, er Stedet, der välges for det förste Fenester, således beliggende, at det närmer sig stärkt til Epifysegränsen, dernäst således, at en passende Stilling af Extremiteten lader Åbningen ligge nogenlunde deklivt for Aflöbets Skyld. Findes nu spongiosa pusinfiltreret, udvider man Åbningen så meget, at en middelstor skarp Ske med Lethed kan hente den syge Marv ud, og dersom Vävet i Retningen af Diafysen endnu er sygt, bestemmer man närmere det Sted, hvorfra man med den i Forhold til Operationen ringest mulige Läsion af Blöddele eventuelt kan foretage en större Opmejsling og med nogenlunde stor Lethed skaffe sig frit Syn til

Marvkanalen og frit Afløb for dens Sekret. For det Tilfälde, at der ikke er nogen subperiostal Flegmone — resp. Bløddelsflegmone at gå efter, men kun inflammatorisk Infiltration udenom Knoglen, som i Tilfälde 7, går man strax med förste Incision lös på det Sted, hvor de sidst nävnte gunstige Betingelser präsentere sig. For de Knoglers Vedkommende, som jeg har arbejdet med, give sådanne Steder sig af sig selv. Tibia angribes både for övre og for nedre Endes Vedkommende gennem forreste, lige under Huden liggende Flade så när som muligt ved den indre Muskelgruppe. Femur angribes på sin udvendige Flade, hvor man nedad vil komme til at gennemskäre vastus externus. Humerus angribes for övre Halvdels Vedkommende ved udvendige Side gennem deltoideus (erindre n. axillaris med a. circumflexa humeri opad og n. radialis med a. profunda brachii ved nedre Ende af Snittet). For nedre Humerusende incideres ved lig. intermusculare internum, hvor man med Lethed undgåer a. brachialis med n. medianus fortil så vel som n. ulnaris bagtil. Ulna vilde man uden nogen videre Muskelincision kunne komme til langs dens frie Rand, medens radius så vel nedad som isär opad kun vilde kunne bringes frem gennem mere eller mindre anselige Muskelläsioner. Det samme er Tilfälde med fibulas övre Ende, hvor tillige m. peronæus vil göre särlig Omhu nödvendig. — Har man nu således lagt den syge Knogle og gennem sit förste Fenester den medulläre Flegmone blot, begynder den systematiske Opmejsling og Udtömmelse af Marven. Denne bör da ikke foretages efter nogen Skablon, men Fenestret dilateres ved Mejsel sukcessivt en Cm. eller to ad Gangen og Marven udtömmes med Skeen, så länge der träffes flegmonös Marv, som let kendes fra den normale, hvad enten det er pueril eller udvoxet Marv, Talen er om. Her kan der naturligvis blive Spörgsmål om, hvor vidt man skal drive Opmejslingen. Formentlig må der det bestemmende väre baseret på de to Betragtninger: så vidt mulig rigelig Blotläggelse af den pusfyldte Marvhule, men dog med behörig Hensyntagen til de nödvendige Blöddelsläsioner. Således vil det ses af Sygehistorierne, at tibia er opmejslet lige så langt, som Osteomyeliten strakte sig, i de Tilfälde, hvor Opmejslingen foretoges langs Indsiden; derimod ere humerus og femur kun opmejslede i en kortere Udsträkning, end Flegmonen strakte sig, medens den ikke opmejslede Del er udskrabet gennem det anlagte

Fenester et Stykke längere frem end det dannede Hul, hvorpå det udtömte Kanalstykke er dränet. Den samme Metode er fulgt ved tibia i Tilfälde 3, hvor den periostale og intermuskuläre Flegmone var så betydelig, at man förtes til at lägge Opmejslingen på udvendige Side af Knoglen, altså med en Del Muskelspaltning. Hvor vidt man her havde nået et hurtigere Resultat gennem en Opmejsling indad, så at man i en större Sträkning var kommen til at lösne endnu adhärent Periost på den Side med, medens Periost alt var lösnet temmelig meget på Udsiden, tör jeg ikke afgöre. I Tilfälde 4 tåltes det, som det ses, godt at foretage Operationen langs Indsiden, skönt den store Blottelse var udad. Jeg undgik derved en Del Muskelläsion, ligesom a. tibialis antica med Nerven ikke kompromitteres ved Dränstryk, der i Tilf. 3 gav en generende Efterblödning, som nödvendiggjorde Underbinding. Mest tilböjelig er jeg, netop stöttet til disse to Tilfälde, at välge tibias Indside som gennemgående Regel, selv hvor den extraosteale Pusansamling ligger udad.

Når Opmejslingen og Marvudtömmelsen er sket, bör Randene af Fenestret afglattes så meget som muligt, alle skarpe Kanter bortskaffes og Hulheden selv desinficeres. Dernäst bör det ydre Sår formindskes og Benrandene däkkes så meget som muligt. For nogle Steders Vedkommende sker dette let ved, at Hud og Periost lägges fast ind til Benranden ved Stifter, der hamres fast i Knoglen eller bedre endnu ved Hjälp af Suturer, der föres gennem Drillborehuller i Benranden. Dette er navnlig for små Knogler (Börn) mere skånende og mere bekvemt ved Bandageringen. Hvor der er dybe Muskelincisioner, er denne Procedure noget vanskeligere, men giver sikkert bedre Chancer for hurtig Heling og Undgåelse af Randsekvester, hvilket et Eftersyn af de 4 Tibiaaffektioner vil illustrere. Er der betydelig Flegmone i Blöddelene, bör man dog näppe foretage denne Omsyning til Benranden, da der derved kunde forårsages Retention af Sekret og Udbredning af Betändelsen. — Den Del af Marvhulen, som er opmejslet, udstoppes med et passende antiseptisk Stof: Jodoformgaze, dyppet i Sublimat, har givet lige så gode Resultater her som ellers kendt ved Sekvestrotomier; men selvfölgelig afhänger ikke Sagen af det valgte kemiske Stof. Derefter anlägges en antiseptisk Bandage. At der opereres efter almindelige antiseptiske Regler, er i Grunden en Trivialitet at anföre. Med

Hensyn til Hämostasen har jeg befundet mig vel ved at overlade alt til en rigelig opsugende og komprimerende Forbinding, i det i alle Tilfälde Operationen er foretagen på blodtom Extremitet og Slyngen först lösnet efter Bandageringen, hvorefter Extremiteten er holdt lodret eleveret for 12 Timer. — Om Efterbehandlingen er kun lidet at sige. Den ledes efter almindelige antiseptiske Principper, i det en virkelig sluttende Bandage vedligeholdes i det mindste så länge, til alle Benflader ere overgranulerede. I et Par Tilfälde har jeg, som det ses, måttet eftergå Sårene med Skeen, hvorved fjärnedes et Par små Randsekvestre. I disse to Tilfälde (3 og 4) var der taget mindre Hensyn til en omhyggelig Afpudsning af Fenestrenes Rande, ligesom Omsyningen af Blöddelene til Benranden ikke var foretagen. Med Undtagelse af disse mindre Afbrydelser har ellers Forlöbet väret det, at de blottede Benflader af Marvkanalens Vägge hurtigt have begyndt at skyde Granulationer, der så have fyldt Hulheden mere og mere, indtil alle Benflader ere overgranulerede, og nu fylder Renden sig og cikatricerer. Dette sker for nogle Tilfäldes Vedkommende med et fordybet Ar (Tilf. 1); i andre fås fuldständig glat og flad Cikatrice. Helingens Afslutning sker desto hurtigere, jo mere man har kunnet indskränke Hulens Bredde (smal Ske og Omsyning af Randen).

De väsentligste Komplikationer ere vel foruden Blöddelsflegmonerne Ledaffektionen og Epifyselösningen. Den förste er kun optrådt én Gang i nogen fremträdende Grad. Der bör her foretages Artrotomi (Tilf. 5) med Dränage eller (Tilf. 9) Punktur. Dersom der er Mistanke om Ledaffektion, kan också göres en Artrotomi, som i Tilf. 3, og hvis Leddet er forholdsvis sundt, kan det, som sket i nävnte Tilfälde, lukkes med Katgutsutur.

Epifyselösningen har i intet af Tilfäldene väret fuldständig, hvilket formodenlig skyldes den Omständighed, at Osteomyeliten er kuperet så hurtigt. Den vil vel kun kräve nogen Omhu under Bandageringen, der i alle Tilfälde er ledet efter samme Regler som ved kompliceret Fraktur, pyarthrus o. l. — Metastatiske Affektioner behandles efter de adäkvate Indikationer, og Almentilstanden holdes oppe ved god Mad og Drikke, medens Kinin og andre »styrkende» Sager vist ere af liden Betydning.

De vigtigste i Afhandlingen citerede Forfattere ere anförte her i alfabetisk Orden. — En god Literaturfortegnelse indtil 1879 er at finde hos O. Bloch a. St., for de senere År se Årsrevuerne.

Barette & S:t Germain: Rev. mensuelle des mal de l'enf. 1883, Marts.
Becker & Struch: D. med. Wochenschr. 1883, N:r 46.
Bloch: Osteolymphangitis. 1879.
Garré: Fortschr. d. Med. 1885, S. 165.
Keetley: Annals of surg. 1885, N:r 1 (Ref. Fortschr. d. M. 1885).
Kocher: D. Zeitschr. f. Chr. XI, 1—4. 1879.
Koenig: Centralbl. f. Ch. 1880, S. 209.
Lannelongue: de l'osteomyelite aigue.
Lavergne: Progr. med. 1882. 26, 27, 29.
Panas: Bull. d. l'Acad. de méd. 78—79.
Pasteur: Bull. d. l'Acad. de méd. 1878.
Perchowsky: Ref. Centralbl. f. Ch. 1884, S. 153.
Rosenbach: Mikroorganismen bei Wundinfectionskrankheiten. 1884.
Schede & Stahl: Mittheilungen aus dem Berl. st. Krankenh. 1878.
Studsgaard: Osteomyelitis. 1863.
Stoll: Ref. Centralbl. f. Ch. 1883, S. 799.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet

Om multipel nevrit.

Af

Prof. RAGNAR BRUZELIUS
i Stockholm.

Den sjukdomsform, som numera i allmänhet benämnes multipel nevrit, hör icke till de vanligen förekommande sjukdomarna. Man kunde tvärtom bli frestad anse den vara ganska sällsynt, om man ville därom döma af det relativa fåtal fall, som finnas anförda i den medicinska kasuistiken. Helt säkert förekommer den dock ej så sällan, som man hittils trott, enär den antagligen blifvit mången gång förväxlad med andra sjukdomar och således omtalad under andra namn.

Det är i synnerhet poliomyelitis anterior acuta, som tils för ej länge sedan fått i sig upptaga månget fall af multipel nevrit. Först sedan LEYDEN[1]) fäst läkarnes uppmärksamhet mera specielt på denna senare sjukdom, har man börjat mera allmänt särskilja den ej blott från poliomyelitis anterior acuta utan äfven från andra liknande åkommor.

Redan före LEYDENS uppsats om multipel nevrit hade dock några fall blifvit offentliggjorda ehuru under olika namn. Sålunda beskref DUMÉNIL[2]) redan 1864 fall däraf under benämningen *paralysie périphérique du mouvement et du sentiment.* EICHHORST[3]) redogjorde 1876 för ett fall däraf under namn af *neuritis acuta progressiva*, och JOFFROY[4]), som 1879 omtalade 3 hit hörande fall, ett observeradt af honom själf, ett af LANCEREAUX och ett af DESNOS och PIERRET, kallade den *névrite parenchymateuse généralisée.* Efter LEYDENS afhandling har den multipla nevriten blifvit mera uppmärksammad och dess kasuistik riktad med åtskilliga intressanta fall, men denna sjukdomsform är ju dock ej länge känd, och man får därför als

[1]) Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Zeitsch. für klin. Medic. 1880, b. 1, h. 3.
[2]) Gaz. Hebd. 1864, n:r 13, s. 203.
[3]) Virchows Archiv 1876, b. 69, s. 265.
[4]) Archives de Physiologie 1879, XI, n:r 2, s. 172—198.

icke undra öfver, att den ännu ej blifvit så beaktad eller genomforskad, som önskligt är.

Hvarje bidrag till vidgandet af vår kännedom om multipel nevrit bör således vara välkommet. Det första fallet däraf, som jag här skall meddela, är af särskildt intresse genom sjukdomsprocessens betydliga utbredning ej blott till extremiteternas och bålens nerver utan äfven till kranialnervernas område.

Tjänsteflickan A. P., 17 år gammal, intogs på Serafimer-lasarettet den $^{26}/_{6}$ 1886.

Anamnes. Hennes föräldrar lefva och äro friska. Hon har 7 syskon. Af dessa blef en bror, nu 20 år gammal, lam vid $1^{1}/_{2}$ års ålder i högra underbenet och foten. Vid 6 års ålder kunde han dock gå, ehuru haltande. Af denna haltning återstår nu endast en ringa »vaggning» vid gången. De öfriga syskonen äro friska. Bland hennes slägtingar finnas inga nerv- eller sinnessjuka. Hon har lefvat under relatift goda hygieniska förhållanden men haft strängt och tungt arbete, synnerligen på den senaste tiden, då hon icke tillåtits sofva mer än 3—4 timmar om natten och måst draga en tungt lastad kärra, alltid 2 ofta 3 gånger hvarje dag, omkring en mils väg. Hennes bostad under de senaste månaderna har varit fuktig och kall.

Hon har ej haft några andra sjukdomar än mässling och för ett par år sedan mycket lindrig »difteri» samt i sistlidne april en akut laryngit. Menstruationen, som började vid 16 års ålder, har sedan varit regelbunden. Syfilis har hon aldrig haft.

Efter att under den senaste tiden ha varit trött och matt, orolig och lättskrämd samt stundom besvärad af svindelanfall, insjuknade hon i midten af maj i år med frysningar, svettning och hufvudvärk, men utan smärtor i halsen eller annorstädes. Efter 2 dagars sängliggande gick hon upp och förrättade sina vanliga sysslor, men *den 25 maj* märkte hon, att båda benen upptill knäna och de 3 fingrarna på ulnarsidan af båda händerna började *domna bort*, blifva *känslolösa* och *svaga*. Domning och känslolöshet förmärktes äfven i ulnardelen af händerna.

Då detta onda under de följande 2 dagarna tilltog, gick hon till sitt föräldrahem. Den 1½ mil långa vägen dit tillryggalades med största svårighet, och därtill erfordrades 8 timmar. De 2 följande dagarna blef hon alt svagare och hufvudvärken ökades, så att hon måste intaga sängen. Den 31 maj (6:te dygnet) märkte hon, att *munnen var sned*, att flytande föda rann ut på vänster sida af munnen, att ögonlocken ej kunde slutas, att läpparna kändes styfva, samt att känseln i ansigtet aftog. Den $^{1}/_{6}$ (7:de dygnet) »kunde hon ej stå på benen»; de voro så *förlamade*. att hon föll omkull vid försök att stiga upp. Under den följande veckans lopp tilltog paresen både i intensitet och utbredning, hvarjämte hon plågades af molande, dof, ihållande värk i armarna och i knävecken, därifrån utstrålande nedåt vaden. Smärtorna voro aldrig skärande eller ristande. Båda armarna, först den vänstra, sedan den högra förlamades nästan fullständigt, hon kunde

endast vrida något litet på högra handen och röra något högra tummen. Äfven de undre extremiteterna blefvo nästan totalt förlamade, och paralysin i ansigtet spred sig från den vänstra till den högra sidan och blef alldeles fullständig. Halsens och bålens muskulatur blef äfven förlamad, så att hon var fullkomligt orörlig och endast kunde vrida något litet på hufvudet.

Samtidigt med förlamning instälde sig äfven *känslolöshet* i de förlamade delarna, både »i ansigtet och öfriga kroppen; hon såg att man nöp henne, men hon kände det icke.» Hon uppgifver, att äfven tungan varit förlamad. Talet var så otydligt, att hon knapt kunde göra sig förstådd. Hon hade dessutom svårighet att svälja, så att »hon lätt fick i vrångstrupen». Smaken var alldeles borta. Hufvudvärken var mycket svår; mest i tinningarna, men utstrålande nedåt kinden. I öronen var »ett ständigt pipande och skrikande ljud», och hon tyckte, att »tänderna voro lösa».

Enligt läkares utsago, som såg henne den 7 juni (14:de dygnet), hade hon då hög feber (41°) och svettade mycket. Intelligensen var under hela sjukdomen orubbad, och urinkastning samt afföring försiggingo ordentligt; den senare var dock något trög. Ingen hjärtklappning eller svårighet vid andningen, inga muskelryckningar eller styfhet i rygg eller nacke, ingen svullnad, ej häller gulsot.

På det 18:de dygnet (d. 12 juni) började förbättring visa sig. Hufvudvärken minskades och känslolösheten äfven, men denna efterträddes af en *hyperestesi*, så att »hon ej ens tålde kläderna på kroppen». Rörelseförmågan började återkomma, först i den vänstra, så i den högra armen, och värken upphörde. Äfven i fötterna ökades motiliteten.

Status præsens d. $^{27}/_{6}$.

God kroppsbyggnad. Hullet medelmåttigt. Ansigtsfärgen normal med tämligen stark rodnad på kinderna. Huden mjuk, elastisk. Temperaturen (i rect.) 37,8 i går; i dag 37,2° C. Intelligensen och minnet goda. Ansigtet uttryckslöst, dess mimiska rörelser upphäfda, dess muskulatur på båda sidor nästan totalt förlamad. Endast läpparna ha någon rörlighet, ehuru ytterst ringa. Pannan kan ej rynkas, ögonbrynen ej röras, ögonlocken ej slutas, nasolabialvecken äro utplånade, munnen något öppenstående, munvinklarna kunna ej röras åt sidorna, munnen ej spetsas, tänderna ej visas och kinderna ej uppblåsas, läppbokstäfverna uttalas mycket otydligt, hakans muskler orörliga. Syn, hörsel och lukt normala. Äfven smaken är fullkomligt bibehållen; hon kan med lätthet öfveralt på tungan särskilja söta, sura och bittra ämnen. Gomseglet är något slapt, men dess rörlighet bibehållen. Svalgets känslighet och reflexer normala. I ansigtet utlösas ej hudreflexer, men den mekaniska retbarheten förhöjd; fibrillära ryckningar synas här och där. Ingen ökad spottsekretion. Sväljnings- och tuggningsrörelser normala. Tungans rörlighet fri.

Halsens och bålens muskler betydligt förlamade. Hon kan ej lyfta upp hufvudet eller resa sig upp eller vända sig i sängen. Reser man henne upp, faller hufvudet slapt nedåt eller framåt alt efter ställningen. Inga hudreflexer kunna utlösas. Uti armarna, som varit nästan fullständigt förlamade, finnes nu endast en betydlig pares, så

att hon väl kan utföra alla rörelser med dem, med undantag af de två sista fingerfalangernas sträckning och abduktions- och adduktionsrörelse af fingrarna, men styrkan är högst betydligt nedsatt. Å thenar och hypothenar samt å m. interossei fins en märkbar atrofi. Hud- och senreflexer borta. Den mekaniska retbarheten tydligen förhöjd.

Båda undre extremiteterna nästan fullständigt förlamade, så att hon endast kan röra på fötterna något litet. *Hud-* och *senreflexer* äfven härstädes borta. Vid mekanisk retning framkallas ej några kontraktioner.

Muskelsinnet öfveralt bibehållet. *Sensibiliteten* i huden är betydligt nedsatt; i ansigtet känner hon ej beröring, och nålsting förorsaka ej någon smärta. Samma är förhållandet med de undre extremiteterna. Vid något starkare tryck däremot ömmar hon betydligt; i ansigtet, företrädesvis öfver nervus supra- och infraorbitalis, supratrochlearis, lacrymalis och mentalis, på båda sidor vid utträdesställena ur kraniet; å de nedre extremiteterna ömmar hon mest öfver n. peronei. Men äfven å andra ställen både i ansigtet och å nedre extremiteterna finnes en tydlig ömhet vid tryck å musklerna. Å armarna och kroppen finnes ej någon förändring af hudsensibiliteten, men äfven härstädes känner hon betydlig ömhet vid tryck på många ställen. Å armarna är ömheten starkast öfver de större nervstammarna. Äfven å brakialplexus markerar hon ömhet.

Elektrisk undersökning[1]).

1) N. faciales reagera ej hvarken för faradisk eller galvanisk ström.

2) Musc. quadratus menti.

Faradisk ström. Primära spiralen 10 St. E.

M. q. ment. dext.} 0. R vid spiral 0. m. m. (= ingen ryckning med
M. q. ment. sin. } spiralen helt och hållet inskjuten).

Galvanisk ström. Galvanometer motstånd 100. S. E.

M. q. ment. sin.	K. S. R.	vid	3°	Galvanometer	utslag.
» » » »	A. S. R.	»	4°	»	»
» » » dext.	K. S. R.	»	3°	»	»
» » » »	A. S. R.	»	6°	»	»

Ryckningarna tröga.

3) Nerv. ulnaris.

Faradisk ström.

N. u. d.	R. 100 m. m.	Galvanometer	utslag	2°
N. u. s.	R. 110 m. m.	»	»	2°

Galvanisk ström.

N. u. d.	K. S. R.	Galvanometer	utslag	2½°
» » »	A. S. R.	»	»	6°
N. u. s.	K. S. R.	»	»	3°
» » »	A. S. R.	»	»	4°

[1]) De härvid begagnade apparaterna äro förfärdigade af Stöhrer & Sohn i Leipzig. Galvanometern konstruerad af Boettcher och förfärdigad af Stöhrer & Sohn.

4) Musc. Then. & Hypothen.

Faradisk ström.

M. Th. dext.	70 m. m.	Galvanometer utslag	3°
» » sin.	0. m. m. 0. R.	» »	2°
M. Hypoth. dext.	0. m. m. 0. R.		
» » sin.	0. m. m. 0. R.		

Galvanisk ström.

M. Th. dext.	0. R.	Galvanometer utslag	35°
» » sin.	0. R.	» »	35°
M. Hypoth. dext.	0. R.	» »	35°
» » sin.	0. R.	» »	35°

5) Nervus peroneus.

Faradisk ström.

N. p. d.	75 m. m.	Galvanometer utslag	3°
» » »	55 m. m.	» »	$4\frac{1}{2}$°

Galvanisk ström.

N. p. d.	K. S. R.	Galvanometer utslag	31°
» » »	A. S. R.	» »	42°
N. p. s.	K. S. R.	» »	16°
» » »	A. S. R.	» »	33°

6) Muscul. tibial. antic.

Faradisk ström.

M. t. a. d.	0. m. m. 0. R.
» » » »	0. m. m. 0. R.

Galvanisk ström.

M. t. a. d.	K. S. R.	Galvanometer utslag	35° (Ryckning mycket trög).
» » » »	A. S. R.	» »	32°
M. t. a. s.	K. S. R.	» »	35°
» » » »	A. S. R.	» »	33°

Bröstets och bukens organ förete ej något abnormt. Pulsen 80 slag. Blåsan fungerar normalt. Urinen af sur reaktion, något grumlig; sp. v. 1,020; dess myckenhet pr dygn 800 gram; håller något ägghvita. I sedimentet finnas något blåsepitel och varceller men ej tubularafgjutningar. Ingen smärta vid urinkastning; inga trängningar.

Behandling: kinin, bad.

Den $^{29}/_{6}$. Temperaturen har varit normal. Patienten säger sig vara bättre. Sensibiliteten i huden är i dag normal. Hon kan säkert skilja mellan beröring med hufvudet och spetsen af en knappnål både i ansigtet och å öfriga kroppsdelar med undantag af de undre extremiteterna, där känsligheten ännu tyckes vara något nedsatt. Hon lokaliserar bra beröring öfver alt. Estesiometer-försök visa: pannan 12 m. m.; kinderna 14 m. m.; hakan 10 m. m.; öfverarmar 50 m. m.; underarmar 45 m. m.; låren 75 m. m.; underben 65 m. m.; bröstet 40 m. m.

Äfven temperatur- och trycksinnet äro normala. Vid djupare tryck kvarstår ännu samma ömhet, som förut omtalats vid status præsens.

Den $^{8}/_{7}$. Rörelseförmågan synes återkomma i de förlamade delarna. Hon kan med tillhjälp af armarna vända sig i sängen. Högra munvinkeln drages något uppåt vid försök att skratta. Ögonlocken kunna täcka något mera af ögonbulberna vid försök att sluta dem. Urinen ägghvitefri.

Den $^{9}/_{7}$. Lagophthalmus nu försvunnen. Hon kan rynka ögonbrynen.

Den $^{10}/_{7}$. Urtikaria-utslag på armarna, hufvudsakligen på den venstra armens främre sida och å högra armen i armvecket.

Den $^{11}/_{7}$. Urtikaria-utslaget i dag nästan fullständigt borta.

Den $^{12}/_{7}$. Hon klagar öfver myrkrypning och domning i båda benen.

Den $^{13}/_{7}$. Hon har i dag hufvudvärk öfver pannan och tinningen på vänster sida, strålande ned mot örat. Hon känner stelhet i fötterna. Sensibiliteten är nedsatt såväl å fotryggen som i synnerhet å tårna å båda fötterna. En lätt beröring känner hon icke. Äfven ganska djupa nålsting uppfattar hon icke på vissa ställen. I fingrarna känner hon myrkrypningar. *Hudreflexer å buken* finnas i dag. Ingen feber.

Den $^{14}/_{7}$. Hufvudvärken borta. Sensibiliteten i fötterna återkommen.

Den $^{15}/_{7}$. Facialparalysien på båda sidor mycket minskad. Minspelet tydligt. Ingen lagophthalmus. Hon kan blåsa upp kinderna men ej spetsa munnen. Mindre ömhet öfver nn. supraorbitales.

Den $^{17}/_{7}$. Hon kan i dag hvissla. Rörelseförmågan och styrkan i nedre extremiteterna har småningom ökats. Hon kunde i dag för första gången efter insjuknandet stå på benen.

Den $^{21}/_{7}$. *Hudreflexer å planta pedis* i dag tydliga.

Den $^{23}/_{7}$. Hon kan gå några steg med stöd. Ömheten i ansigtet nästan borta och kvarstår ännu endast öfver nn. supra- och infraorbitalis samt supratrochlearis å båda sidor. I ansigtet är rörelseförmågan nästan normal. Musklernas mekaniska retbarhet mindre än förut.

Den $^{6}/_{8}$. Vid elektrisk undersökning i dag anmärkes hufvudsakligen följande förändringar i reaktionen i jämförelse med den första undersökningens resultat:

Musculus quadr. menti dexter		K. S. R.	7°
» » » »		A. S. R.	15°
M. q. m. sin.		K. S. R.	22°
		A. S. R.	31°
Nerv. peron. dext.			101 m. m.
sin.			70 m. m.
Muscul. tibial. ant. dext.	30 m. m.	O. R.	
		K. S. R.	42°
		A. S. R.	38°

Den $^{12}/_{8}$. Hon går nu tämligen bra. Ännu förefinnes dock en viss svaghet och osäkerhet i rörelserna. Ömheten nästan borta, men i lindrig grad finnes den ännu öfver nn. supraorbitales. Hon har nu sedan 14 dagar behandlats med elektricitet.

Den $^{16}/_{8}$. Hon känner sig nu nästan fullkomligt återstäld. Hon kan gå fort och bra, men hon säger sig ej ha samma styrka i benen som förr. Atrofin i händerna har förbättrats, så att man ej med synen kan upptäcka någon abnormitet. Thenar-musklerna kännas dock ännu något tunna och slappa. Styrkan i högra handen för dynamometern 63, i den vänstra 55. Ömheten borta. Patellar-reflexer ännu borta.

Den $^{23}/_{8}$. *Patellar-reflexerna visa sig i dag åter.*

Den $^{25}/_{8}$. Vid elektrisk undersökning befinnes, att n. facialis på båda sidor ännu icke gifver reaktion hvarken för faradisk (fullt inskjuten rulle) eller för galvanisk ström (40° galvanometer utslag). Musculi quadrat. menti reagera icke för faradisk ström (fullt inskjuten rulle). Muscul quadr. ment. dext. gifver K. S. R. vid 25° och A. S. R. vid 25°. Musc. quadr. ment. sinist. gifver K. S. R. vid 27° och A. S. R. vid 21°.

Den $^{29}/_{8}$. Hon utskrifves i dag från sjukhuset.

Göra vi nu en kort sammanfattning af den anförda sjukdomsberättelsen, så finna vi, att en 17-årig, förut frisk flicka insjuknar med frysningar, svettning och hufvudvärk, efter att på den sista tiden ha varit öfveransträngd genom kroppsarbete, och att några dagar därefter inställer sig domning, anestesi och pares i båda underbenen samt i lillfingret och de 2 närmaste fingrarna af båda händerna. På 6:te dagen tillkomma symptom af facialis' förlamning, mest på vänster sida; på 7:de dagen stark pares i de undre extremiteterna, och under de följande dagarna utbreder förlamningen sig alt mera, så att på den 17:de dagen äro båda nn. faciales med alla ansigtsgrenarna fullständigt förlamade, halsens, bålens och alla 4 extremiteternas muskler nästan alldeles paralytiska och huden öfveralt anestetisk. Hufvudvärken, nedstrålande från tinningarna till kinderna, är svår; tungans rörlighet är minskad, sväljningen försvårad; uti armar och ben en molande värk. Blåsan och rectum fungera under sjukdomen normalt; inga muskelryckningar eller kontrakturer, ingen svullnad eller icterus. Inga psykiska rubbningar. På 18:de dygnet börjar en förbättring, och anestesien efterträdes af ett hyperestetiskt tillstånd i huden.

På 33:dje dagen anmärkes, vid då af läkare verkstäld undersökning, följande: I ansigtet fullständig förlamning af n. facialis i alla grenarna, på båda sidor, anestesi i huden, ömhet vid tryck både öfver de större grenarna af nervus trigeminus och å andra ställen; stegrad mekanisk retbarhet och utpräglad

Entartungsreaktion. Halsens och bålens muskulatur betydligt paretisk. Armarna paretiska och å händerna märkbar atrofi. Benen nästan fullständigt förlamade och hudsensibiliteten därstädes upphäfd, ömhet vid tryck, partiel Entartungsreaktion. Sensibiliteten å öfriga kroppsdelar normal. Alla hud- och senreflexer borta.

Att man vid ett sådant sjukdomsfall allra först kommer att tänka på en affektion af det centrala nervsystemet, på grund af förlamningens betydliga utsträckning och symmetriska utbredning, är helt naturligt. I hjärnan kunde dock sjukdomen icke hafva sitt säte. Facialisförlamningen, såsom den här tedde sig, var ensam ett tillräckligt skäl att utesluta all tanke därpå. Paralysien af alla ansigtsgrenarna, äfven de öfre, och framför alt den tydliga »Entartungsreaktionen» häfde alla tvifvel i detta hänseende. Men sjukdomen kunde ju hafva sitt säte i medulla oblongata och ryggmärgen. En affektion af facialnerv-kärnarna i medulla oblongata såsom orsak till facial-förlamningen var dock föga sannolik, enär äfven de öfre grenarna af facialnerven voro angripna. Vår kunskap om den form af facialparalysi, som beror på en affektion af facialkärnarna i medulla oblongata, stöder sig hufvudsakligen på, hvad vi veta i detta hänseende om bulbärparalysien, och i denna sjukdom är det ytterst sällsynt, att de öfre facialnervgrenarna äro förlamade. Vore emellertid facialförlamningen beroende på en affektion af nervkärnarna i medulla oblongata, hade man fullt skäl antaga den samtidiga förlamningen af extremiteterna m. m. vara af spinal natur och förorsakad af en likartad affektion af de främre grå hornen i ryggmärgen, hvilka man eger rätt anse vara af samma betydelse för de spinala nerverna som nervkärnarna i medulla oblongata för de bulbära nerverna.

Mot antagandet, att ryggmärgens främre grå horn voro afficierade, d. v. s. att en poliomyelitis anterior acuta förefans, talade dock alldeles bestämdt de sensibilitetsrubbningar, som vid sjukundersökningen iakttogos, och som, att dömma af den sjukas uppgifter, förut varit ännu betydligare. Då nu för öfrigt ansigtsförlamningen erbjöd bilden af en periferisk förlamning, hade man stora skäl anse paralysien både i ansigtet och den öfriga kroppen vara periferisk, eller att man här hade för sig ett fall af multipel nevrit.

Denna diagnos var sålunda blott på grund af dessa skäl i hög grad sannolik, men vi skola nu något närmare skärskåda

öfriga symptom, för att se till huruvida de öfverensstämma med den multipla nevritens.

Att den multipla nevriten kan uppträda såsom en akut infektionssjukdom, med frysning och feber, framgår af flere observationer. I de allra flesta fall finnes dock ej omtaladt, att sjukdomen börjat på sådant sätt, hvilket till en del torde väl bero på, att sjukdomsfallen ej genast i början, utan först sedan det akuta stadiet med feber förlupit, blifvit af läkare undersökta. Uti vårt fall inleddes sjukdomen af frysningar, svettning och hufvudvärk d. v. s. vanliga febersymptom, och antagligen har äfven temperaturstegring redan då funnits, ty på sjukdomens 14:de dag, då läkare först såg henne, var temperaturen öfver 40°. Sedan hon intagits på sjukhuset var temperaturen endast första aftonen något stegrad, men sedan altjämnt normal.

Förlamning är ett konstant och i allmänhet det mest påfallande symptomet. Oftast föregången af parestesier, domning, myrkrypning, uppträder den på olika sätt och i olika partier. Vanligen förmärkes först en viss svaghet, som snart utvecklar sig till mer eller mindre fullständig förlamning; men man har ock sett, att fullständig paralysi uppträdt med ens uti en större eller mindre utsträckning. Enligt regeln är det de undre extremiteterna, som först angripas; åtminstone ser man oftast i sjukhistorierna, att »svaghet i benen» varit det första förlamningstecknet, (Leyden[1]), Pierson[2]), Eülau[3]), Strümpell[4]) m. fl.).

I somliga fall förmärkes förlamning först endast i ena benet, i andra däremot angripas båda benen samtidigt. Stundom uppträder förlamningen först inom ett visst begränsadt nervområde, för att sedan angripa den ena nerven efter den andra, såsom uti ett af Eichhorst[5]) beskrifvet fall. Uti flertalet sjukdomsberättelser finnes dock ej något dylikt anmärkt, utan synes förlamningen redan från början ha uppträdt samtidigt uti en större utsträckning.

I vårt fall tyckes pares ha visat sig samtidigt i båda underbenen och händerna, i hvilka senare nervi ulnares hafva

---

[1]) A. st., s. 416.

[2]) Volkmanns Saml. Klin. Vorträge, n:r 229. 1883.

[3]) Berl. Klin. Wochenschr. 1886, s. 93.

[4]) Arch. f. Psychiatri u. Nervenkr. bd. 14, s. 342.

[5]) Virchows Arch., bd. 69. 1877.

varit de först afficierade. Men hvad som med afseende å den motoriska förlamningen i vårt fall är af största intresse, är dess utbredning ej blott till extremiteterna, halsen och bålen, utan äfven till ansigtet. Att kranialnerverna angripas uti den multipla nevriten, är nämligen ingalunda vanligt. STRÜMPELL[1]) säger härom i sin handbok »Im Gebiete der Gehirn- und bulbären Nerven findet man meist keine Störungen. Nur in vereinzelten Fällen ist eine Affection des Opticus erwähnt». Genomgår man hit hörande kasuistik, finner man dock några, ehuru få fall, där kranial-nerverna varit angripna. EICHHORST och STRÜMPELL ha anfört hvardera ett fall med affektion af n. opticus, PIERSON[2]) ett, där både n. faciales, hypoglossi och vagi voro angripna, och VIERORDT[3]) ett, där endast n. vagi voro indragna i sjukdomsprocessen och äfven vid mikroskopisk undersökning företedde nevritiska förändringar. Dessutom har BUZZARD[4]) i korthet omnämnt 2 fall af multipel nevrit med dubbelsidig facialisförlamning, HILLER[5]) har omtalat ett med förlamning af ena nerv. abducens och BOECK[6]) ett med paralysi af ena n. abducens och en gren af n. oculomotorius. Uti vårt fall voro ej blott båda n. facialis utan äfven n. trigemini, angripna. Hon hade haft svår värk, nedstrålande från hufvudet nedåt kinderna, och ansigtshuden var anestetisk, då hon intogs på sjukhuset. Hvarken beröring eller nålsting kändes. Om äfven n. hypoglossi i början af sjukdomen varit angripna, är svårt att säkert afgöra, men hon uppgaf, att före hennes intagande på sjukhuset hade tungans rörelseförmåga varit betydligt förminskad. Äfven laryngealnerverna synas ha varit afficierade, enär hon haft svårighet att svälja, så att »födan lätt kom i vrångstrupen», ett tecken att larynx-tillstängningen under sväljningsakten ej försiggick normalt.

Symptomen från det *sensibla nervsystemet* äro mindre utpräglade och ej så konstanta som de motoriska förlamningarna. Af flere författare lägges emellertid synnerlig vigt vid de förra i diagnostiskt hänseende, enär sådana oftast saknas uti poliomyelitis anterior acuta, som för öfrigt liknar mycket den

---

1) Lehrbuch d. spec. Pathol., b. 2, s. 119.
2) VOLKMANN. Samlung Klin. Vorträge, n:r 229.
3) Arch. für Psychol. u. Nervenkrankheiten, b. 14, s. 678.
4) The Lancet 1885, s. 1081.
5) Berl. Klin. Wochenschrift 1881, s. 605.
6) Tidskrift för prakt. Medicin, 1885.

multipla nevriten och således lättast kan förväxlas med denna. *Parestesier* såsom domning, myrkrypning saknas mycket sällan och uppträda vanligen såsom förelöpare till paralysien.

Spontana smärtor omtalas ock i de flesta sjukhistorier, men växla betydligt med afseende å intensitet och beskaffenhet, i somliga fall beskrifvas de såsom mycket intensiva, i andra däremot tyckas de ha varit ganska lindriga, enär de endast i förbigående omnämnas. I flere fall sägas de ha varit ristande, skärande, lancinerande, dock synes detta ej vara det vanligaste; i andra sakna de denna nevralgiska karakter och äro dofva och ihållande. Vår patient uppgaf, att hon under första tiden af sjukdomen haft, utom värk i tinningarna, därifrån nedstrålande i kinderna, äfven molande, dof, ihållande värk i armar och knäveck, hvarifrån den utstrålade nedåt vaden. Ristande eller skärande hade smärtorna aldrig varit. Uti somliga fall äro smärtorna lokaliserade till ledgångarna t. ex. i det af VIERORDT[1]) meddelade fallet, hvarigenom sjukdomen får likhet med en akut reumatisk polyartrit, i synnerhet som ansvällning af ledgångarna äfven kan finnas. Emellertid får man ej glömma, att fall, där den anatomiska undersökningen påvisat en multipel nevrit, förlupit utan smärtor.

Nedsättning af sensibiliteten anses af författare vara i diagnostiskt hänseende vigtigare än spontana smärtor och är anmärkt i de allra flesta noggranna observationer. Men anestesien är på långt när ej så betydlig som motilitetsrubbningen, och det hör till undantagen, att den har en sådan utbredning eller är så betydlig som i vårt fall. Den sjuka påstod, att hon varit känslolös i hela huden, så att hon ej kände då man nöp henne, och vid undersökningen på sjukhuset anmärktes anestesi i huden både i ansigtet och i de undre extremiteterna, men detta sjukdomssymptom försvann dock mycket snart.

Ömhet vid tryck, ej blott öfver nerver, utan äfven öfver muskler, har anmärkts af flere författare (LEYDEN[2]), STRÜMPELL[3]), VIERORDT[4]), C. BOECK[5]) m. fl.). Vår patient angaf smärta, rätt betydlig, vid lindrigt tryck ej blott öfver en del nerver utan äfven öfver musklerna på flere ställen. Äfven

---

[1]) Arch. f. Psych. u. Nervenkr., b. 14, s. 679.
[2]) A. st., s. 414.
[3]) Arch. f. Psych. u. Nervenkr., b. 14, 344 s.
[4]) Arch. f. Psych. u. Nervenkr., b. 14, s. 679.
[5]) Tidskr. for Prakt. Med. 1883, n:r 17 och 18, 1885.

hyperestesi i huden är i vissa fall observerad. I vårt fall hade den, enligt den sjukas uppgift, under ett visst stadium af sjukdomen varit så betydlig, att »hon ej ens tålde kläderna på kroppen».

Reflexerna äro i de allra flesta meddelade fall, där uppgifter om dem finnas, nedsatta. *Senreflexerna* äro vanligen borta, och *hudreflexerna* mer eller mindre försvagade eller försvunna. Men om ock detta är regeln, finnes likväl undantag därifrån anförda. LÖWENFELD[1]) omtalar 2 fall, där patellarreflexerna voro bibehållna, och det ena af dessa betraktas af honom till och med såsom ett typiskt (»Schulfall») fall af multipel nevrit. Samme författare fann ock uti 6 af honom beskrifna fall af multipel nevrit hudreflexerna bibehållna, hvilket står i fullkomlig motsats till andras erfarenhet. I vårt fall saknades både sen- och hudreflexer.

Uti många fall af multipel nevrit har mer eller mindre betydlig *atrofi* af musklerna anmärkts. Uti det här meddelade fallet var atrofien ej särdeles framträdande, med undantag af uti händernas muskulatur, där den var tydlig, ehuru den aldrig uppnådde någon hög grad.

Den elektriska undersökningen har i åtskilliga inom literaturen anförda fall blifvit försummad; åtminstone finnes icke några uppgifter därom; uti andra har väl en sådan blifvit verkstäld, ehuru ofullständig. Men uti alla de fall, där en tillfredsställande elektrisk undersökning anföres, finner man, att den elektriska retbarheten varit nedsatt, och att s. k. Entartungsreaktion, dels fullständig dels partiel, konstaterats. Så var förhållandet i vårt fall; i ansigtet fans tydlig Entartungsreaktion; å andra kroppsdelar anmärktes endast en partiel Entartungsreaktion, mer eller mindre tydlig.

Af den anförda sjukhistorien synes, att åtskilliga symptom saknades, som uti andra fall af multipel nevrit blifvit iakttagna, såsom ansvällning af lederna, ödem, trofiska förändringar i huden och icterus, men dessa symptom äro ingalunda konstant förekommande utan endast uti ett fåtal fall observerade.

Äfven albuminuri har i några akuta fall, som varit förenade med feber, iakttagits. Urinen innehöll i här omtalade fall något ägghvita, då den sjuka intogs på sjukhuset, men albuminurin försvann inom kort helt och hållet.

---

[1]) Ueber multiple Neuritis. (Separat-Abdruck aus dem Aerztlichen Intelligenz-Blatt) 1885, s. 66.

Slutligen torde böra anmärkas, att både blåsans och rektums funktioner försiggingo normalt, samt att ej något spår af decubitus anmärktes under hela sjukdomen. Detta öfverensstämmer med de allra flesta författares iakttagelser; likväl bör ihogkommas, att några få fall blifvit anförda, där blåsan och rectum varit afficierade (Grainger Stewart[1]), Eulau[2]), Boeck[3]) m. fl.), och att äfven decubitus (Eulau)[4]) någon gång förekommit.

Af hvad ofvan blifvit anfördt om symptomen i detta fall, jämförda med dem, som af andra iakttagits vid den multipla nevriten, torde tydligen framgå, att här funnos alla de sjukdomstecken, som man i allmänhet ansett vara karakteristiska för den multipla nevriten, och att således ej något tvifvel om diagnosen kan ega rum. Det synes därför vara öfverflödigt att ytterligare orda om den differentiela diagnosen och om de sjukdomar, som kunna erbjuda någon, om ock aflägsen likhet med denna sjukdomsform.

Gör man sig mödan att genomgå den multipla nevritens kasuistik och hit hörande literatur, skall man ej undgå att märka, dels att en stor del af sjukdomsfallen äro ofullständigt undersökta och beskrifna, dels att mycken förvirring i diagnostiskt hänseende insmugit sig, och dels att åtskilliga fall förete en så stor olikhet med hvarandra, att de näppeligen böra sammanföras under en och samma sjukdomsform. Det skulle fordra för mycket utrymme här att granska alla offentliggjorda fall, för att söka utgallra de tvifvelaktiga eller ofullständigt beskrifna, men säkert är, att ännu erfordras mycket arbete, både kliniskt och patalogiskt anatomiskt, och många nya, bättre observerade fall, innan vi erhålla en tillfredsställande bild af den multipla nevriten.

Särdeles anmärkningsvärd är olikheten mellan de fall, då sjukdomen uppträder akut med hög feber och betydliga rubbningar af det allmänna befinnandet, och de fall, då den kommer mera smygande, utan feber, yttrande sig snart sagdt endast genom förlamning, enär de andra symptomen äro endast ytterst obetydliga. Det är den akuta formen, som genom sin likhet i flere hänseenden med en infektionssjukdom, gifvit mer än en

---

[1]) Grainger Stewart i Edinburgh. Med. Journal, vol. XXVI, s. 868.

[2]) Eulau i Berlin. Klin. Wochenschr., 1886, s. 93.

[3]) Boeck. Tidskr. for prakt. Med. 1883. n:r 17, 18.

[4]) A. st.

författare (EICHHORST, PIERSON, STRÜMPELL m. fl.) anledning att anse den vara beroende på en infektion.

Såsom ett ytterligare stöd för en sådan åsigt hafva af PIERSON och andra framhållits likheten emellan den multipla nevriten och den af BÄLZ och SCHEUBE[1]) beskrifna polynevrit, som, i Indien benämnd Beri-Beri, i Japan Kak-ke, är endemisk i dessa och andra tropiska och subtropiska länder, och där uppträder under sådana förhållanden, att man har skäl betrakta den såsom en miasmatisk infektionssjukdom. PIERSON finner likheten mellan dessa sjukdomar så stor, att han anser de i Europa observerade fallen af multipel nevrit vara sporadiska, men genom olikheten af klimatiska och hygieniska förhållanden modifierade fall af en med den Japanska Kak-ke identisk sjukdomsform.

Hvad den multipla nevritens etiologi för öfrigt beträffar, så är ej ännu mycket därom bekant. Att förkylningar, fuktiga bostäder m. m. af de sjuka självfva anses vara orsaken, är lätt förklarligt. Vår i fråga varande patient hade före sitt insjuknande blifvit hårdt öfveransträngd med nattvak och arbete samt särskildt genom att hvarje dag släpa en tung kärra en lång (2—3 mil) väg. Detta är anmärkningsvärdt, enär äfven andra (PIERSON[2]), EÜLAU)[3]) sett sjukdomen uppträda efter muskelansträngning medelst gående längre vägsträckor. Själf har jag för flere år sedan sett ett annat fall, i hög grad liknande det nu af mig beskrifna, uppträdande med hög feber, dubbelsidig facialisförlamning, pareser i armar och ben och sensibilitetsrubbningar, efter en svår ansträngning genom springande en längre väg vid en eldsvåda.

Vid fråga om den multipla nevritens orsaker förtjäna för öfrigt lues och alkoholism att beaktas. Den först nämnda sjukdomen synes väl härvid ej spela någon större rol, men anmärkningsvärdt är likväl, att i åtskilliga fall uppgifves den sjuke ha varit infekterad (VIERORDT 1 fall, BOECK 2 fall, BUZZARD 2 fall, m. fl.). Ett långt vigtigare etiologiskt moment ligger enligt mångas erfarenhet uti alkoholism, som ock synes förläna nevriten en så egendomlig prägel, att man har grundade skäl äfven häri att uppställa den såsom en särskild form af nevrit. Det är denna form, i hvilken ej sällan lancinerande smärtor

---

[1]) Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, b. 31 och 32.

[2]) A. st.

[3]) A. st.

och ataktiska symptom (pseudotabes) tillkomma och kunna gifva anledning till förväxling med verklig tabes dorsalis. Diagnostiska misstag uti detta hänseende äro både i prognostiskt och terapevtiskt hänseende af ganska stor betydelse.

Hvad förloppet och utgången beträffar, så gestaltar sig den multipla nevriten ganska olika. Man har sett fall, där sjukdomen, som börjat akut och fortgått med svåra symptom, slutat med döden inom ett par veckor (Strümpell)[1]) genom förlamning af respirationsmusklerna. Men detta är lyckligtvis icke regeln; tvärtom synes en så hastig dödlig utgång vara mycket sällsynt. Fall äro observerade, som, ehuru de börjat med akuta svåra symptom, och ehuru förlamningen varit betydlig både till intensitet och utbredning, öfvergått till hälsa inom relatift kort, några månaders tid. Vanligare är det dock, att sjukdomen fordrar längre tid, innan de sjukliga symptomen alldeles försvinna; stundom lemnar den efter sig permanenta pareser eller paralysier.

Äfven då sjukdomen dragit ut någon längre tid, kan den sluta med döden genom förlamning af respirationsmusklerna (Strümpell[2]) eller utmattning (Vierordt[3]), Boeck[4]), men vanligare har det varit, att den sjuke dukat under för någon annan samtidig (lungtuberkulos, i flere fall) eller tillstötande åkomma (Leyden[5]), Grainger Stewart)[6]).

Ett särdeles gynsamt förlopp hade det här refererade fallet, oaktadt det börjat med häftiga symptom, och ehuru förlamningen antog en så betydlig utbredning, att under sjukdomens höjdstadium hela ansigtets, halsens, bålens och alla 4 extremiteternas muskulatur var mer eller mindre förlamad. Redan efter omkring 3 veckors tid började förbättringen, som sedan fortgick så hastigt, att hon, hvars ben varit totalt paralytiska, efter omkr. 2 månader började kunna gå och efter 4 månader kunde från sjukhuset utskrifvas såsom nästan alldeles återstäld.

En relatift god utgång hade sjukdomen i ett annat fall, som jag för flere år sedan var i tillfälle att observera, och som jag här i korthet skall meddela för jämförelse med det ofvan skildrade fallet.

---

[1]) A. st., s. 353.

[2]) A. st., s. 345.

[3]) A. st., s. 681. Död efter 5 månader.

[4]) Tidskrift for Praktisk Medicin, 1885.

[5]) A. st., s. 422. Död genom abdominal tyfus.

[6]) A. st., s. 869. Död genom krupös pnevmoni.

Tjänsteflickan H. A., 23 år gammal, intogs på Serafimerlasarettet d. 6/11 1876.

Anamnes. Föräldrarna och alla hennes syskon, 2 bröder, lefva och äro friska. Inom slägten har ej nervsjukdom förekommit. Hon har lefvat under jämförelsevis goda förhållanden; har som barn haft mässling och för 2 år sedan koppor, men för öfrigt varit frisk och har aldrig haft syfilis. För ungefär 3 månader sedan började hon besväras af häftiga, men ej blodiga kräkningar både efter måltiderna och utan att hon förtärt något, hvarjämte hon hade ett tämligen ihärdigt diarré och hufvudvärk, ehuru ej betydlig. Kräkningarna, diarrét och hufvudvärken fortforo omkring en veckas tid. Några (ovisst huru många) dagar därefter förmärkte hon en viss svaghet och domning i fötter och underben samt i händerna, i förening med rätt betydlig värk och stickningar synnerligast i händer och fötter. Styrkan i armarna och i benen aftog småningom; hon blef oförmögen att gå, och för 6 veckor sedan måste hon intaga sängen. Svagheten var ständigt betydligast i högra handen och högra underbenet och foten. Tillståndet har, sedan hon blef sängliggande, varit ungefär sådant som i status præsens angifves, men värken och stickningarna ha upphört i händerna och aftagit i underben och fötter. Aldrig några lancinerande, ilande smärtor, gördelkänsla, ömhet å ryggraden, ryckningar eller darrningar. Afföring och urinkastning ha försiggått normalt. Både armar och ben ha afmagrat betydligt under sjukdomen.

Status præsens d. 6 nov. 1876.

God kroppsbygnad; inga tecken af syfilis. Sinnesorganens funktioner normala. Intelligensen fri. Båda händerna nästan alldeles paralytiska; hon kan endast flektera fingrarna något litet, men ej tummarna; underarmar och öfverarmar paretiska; hon kan nämligen röra dem, men muskelstyrkan är betydligt nedsatt. Armarnas muskulatur märkbart atrofisk, synnerligen underarmarnas och mest sträcksidan af vänstra underarmen. Thenar och hypothenar afplattade och spatia interossea på handryggarna fördjupade, mest på vänster sida. Rörelseförmågan i de nedre extremiteterna upphäfd, med undantag af att hon kan åstadkomma någon obetydlig rörelse genom de muskler, som förbinda låren med bäckenet. Vadmuskulaturen atrofisk; dock synes atrofin här vara relatift mindre än i händerna.

Med faradisk ström, applicerad på musklerna, kan ej kontraktioner framkallas i högra underarmens, båda händernas och båda nedre extremiteternas muskulatur; endast i vänstra underarmens muskulatur framkomma vid ytterst stark ström några svaga ryckningar. Med galvanisk ström på musklerna framkallas svaga kontraktioner af thenar- och hypothenar-musklerna äfvensom i armarnas och benens muskulatur. Nervi ulnares reagera för galvanisk ström, men ej n. peronei.

Sensibiliteten i öfre extremiteterna tämligen normal; i underben och synnerligen fötter märkbart nedsatt; temperaturuppfattningen fullkomligt försvunnen å fötterna, nedsatt å underbenen. På fötterna kan hon ej skilja mellan intrycket af spetsen eller hufvudet af en knappnål. Inga reflexrörelser vid nålsting i fötter eller underben. Ingen

ömhet vid tryck å ryggraden; ingen decubitus; blåsans och rectums funktioner normala. Urinen normal. I öfriga organ intet sjukligt upptäckbart. Ingen feber.

Ord. Bad och jodkalium samt elektricitet.

Den $^{23}/_{11}$. Sittande på en stol kan hon i dag extendera underbenen, ehuru kraftlöst. Uti fötterna ingen frivillig rörelse.

Den $^{18}/_{12}$ utskrefs hon på hennes mors begäran. Tillståndet det samma som d. $^{23}/_{11}$.

Den $^{1}/_{3}$ 1877 meddelade hennes mor om henne, att den sjuka strax i början af året började kunna gå samt efter behag röra händer, armar och ben. Hon hade sedan altjämt förbättrats, så att hon nu kunde gå och förrätta med händerna gröfre, men ej finare (t. ex. söm m. m.) arbete. Fotlederna voro dock ännu något svaga, så att, då hon gick, släpade hon något på fötterna och lyfte benen högt.

Man kan näppeligen betvifla, att äfven detta fall tillhör den multipla nevriten, ehuru sjukundersökningen (1876) af lätt förklarliga skäl ej var så fullständig, som vetenskapen numera fordrar. Sjukdomen, som börjat med parestesier och pareser, yttrade sig genom värk i de angripna delarna och förlamning samt tydliga sensibilitetsrubbningar och atrofi af musklerna. Hudreflexerna voro borta. Blåsan och rectum funktionerade under hela sjukdomen ordentligt, och decubitus visade sig aldrig. Af den elektriska undersökningen, fastän ej så utförlig, som man nu begär, synes dock ganska tydligt, att Entartungsreaktion fans i en hel del muskler, enär kontraktioner af dem ej kunde framkallas med faradisk ström, applicerad på dem, men väl med galvanisk. Här funnos således alla de för den multipla nevriten mest utmärkande symptomen.

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Fagocytose og Immunitet.

Af

I. CHRISTMAS-DIRCKINCK-HOLMFELD
i Köbenhavn.

Efterstående Undersögelser ere udförte i Köbenhavns Universitets Laboratorium for medicinsk Bakteriologi. Det er mig en kär Pligt herved at bringe Laboratoriets Direktör, Dr. C. J. SALOMONSEN, min hjärteligste Tak så vel for hans Vejledning ved dette Arbejde som for al den Hjälp og Stötte, jeg stadig har fundet hos ham.

METSCHNIKOFF er den förste, der i sine Arbejder i VIRCHOWS Arkiv[1]) har opstillet Begrebet *Fagocytose* og bragt dette i Forhold til *Immuniteten:* Organismernes Ävne til at kunne modstå og uskadeliggöre indträngende patogene Mikroorganismer, og han definerede Begrebet *Fagocytose* som en Ävne hos visse Dyreformers hvide Blodlegemer til at kunne opäde (og derved uskadeliggöre) de indträngende Bakterier. På basis af sine Forsög mente han at kunne slutte, at Immuniteten netop beroede på denne Ävne hos de hvide Blodlegemer, således at en Organisme var immun over for alle *de* parasitäre Sygdomme, hvis Parasiter Organismens Fagocyter formåede at optage i sig, medens den pågäldende Organisme ikke var i Stand til at värge sig mod de Mikroparasiter, hvis kemiske eller fysiologiske Forhold var af en sådan Art, at de ikke lod sig optage af de hvide Blodlegemer.

[1]) E. METSCHNIKOFF: Ueber die Beziehung der Phagocyten zu Milzbrandbacillen. VIRCHOWS Archiv, Bd 97, 1884.
» » Eine neue Sprosspilzkrankheit d. Daphnien. V. A., Bd 96.

Denne Teori, der vel var skikket til at väkke Patologernes Opmärksomhed, var baseret på en Räkke Forsög, der her i Korthed skulle refereres.

Indpoder man subkutant i Ryglymfesäkken hos Fröer en ringe Mängde Miltbrandstråde eller et Stykke Milt af en Mus, död af Miltbrand, så finder man efter omtr. 12 Timers Forlöb Organstykket omgivet af en rigelig Mängde Levkocyter, af hvilke en stor Mängde indeholder Miltbrandsstave eller -tråde. METSCHNIKOFF undersögte nöjere de Forhold, under hvilke Miltbrandsbacillerne blive fortärede af Fröens hvide Blodlegemer, i det han anbragte Frölymfe i et fugtigt Kammer under Mikroskopet og tilblandede Miltbrand. Han kunde da i Löbet af 3 til 4 Timer, i hvilken Tid de hvide Blodlegemer holdt sig levende og bevägelige, iagttage, hvorledes de optog en Mängde Miltbrandsstave i sig. Han mener, at de optagne Bakterier dräbes i det hvide Blodlegeme og ikke, således som af KOCH antaget, voxe ud til Tråde; ti han iagttog aldrig nogen Växt af Stavene inde i det hvide Blodlegeme under hele Observationstiden, der som sagt varede 3 til 4 Timer. Et Bevis for, at Miltbrandsbacillerne virkelig dräbtes, fandt han tillige deri, at Indpodning af Organstykker fra miltbrandssyge Dyr (Musemilt), der havde ligget fem Dage i Ryglymfesäkken hos Fröer, ikke fremkaldte Miltbrand ved Indpodning på sådanne Dyr, der er meget modtagelige for denne Sygdom (Kaniner, Mus). Medens Forholdet hos Fröer altså er dette, at de indpodede Miltbrandstråde i Löbet af kort Tid ädes og uskadeliggöres af Fröens Levkocyter, så forholde Fröer, der holdes i en Temp. af 35° til 37° C., sig helt anderledes.

GIBIER[1]) havde tidligere iagttaget, at Fröer, der holdtes opvarmede ved denne Temperatur, döde efter Indpodning med Miltbrand, og at man efter Döden fandt Blodet og Organerne fyldte med Miltbrandsstave. METSCHNIKOFF, der gentog disse Forsög, bekräfter i det hele deres Rigtighed, i det han fandt talrige Miltbrandstråde i de indpodede og opvarmede Fröers Organer, navnlig i Milt og Nyre, derimod färre i Blodet; men med Hensyn til de hvide Blodlegemer, fandt han det märkelige Forhold, at disse nästen aldeles ikke optog Miltbrandsbaciller i sig. Disse Forsög vise altså, at Fröerne, der ved almindelig Temperatur ere immune over for Miltbrand, miste

[1]) Comptes-rendus, T. 94, S. 1605.

denne Immunitet ved Opvarmning til 36°, og Immuniteten synes at stå i närt Forhold til de hvide Blodlegemers Ävne til at opsluge og derigennem uskadeliggöre de indpodede Miltbrandstråde; ti de immune (ikke opvarmede) Fröers Levkocyter formåede jo at fortäre en stor Mängde af de indpodede Stave, medens de opvarmede Fröers Levkocyter ikke formåede dette.

Forsög på Firben gav et ganske lignende Resultat. Ved almindelig Temperatur tålte Dyrene godt den subkutane Indpodning af Miltbrand, og deres hvide Blodlegemer fandtes på Indpodningsstedet at indeholde talrige Stave; men når Dyret opvarmedes til 37°, så döde det med Blodet og Organerne vrimlende af Stave, medens forholdsvis få af Levkocyterne vare bakterieholdige.

Metschnikoffs Forsög på *varmblodige* Dyr bekräftede i det store og hele hans Anskuelser om Fagocytosens Betydning for Immuniteten. Ved Indpodning af virulent Miltbrand på Kaniner og Marsvin, to Dyreformer, der jo ere så overordentlig modtagelige for Miltbrandsinfektionen, fandt han forholdsvis få Baciller i Levkocyterne, medens Blodet og Organerne for övrigt vrimlede af Stave. Men Forholdet var helt anderledes, når han indpodede *svákket* Miltbrand på disse Dyr. Indpodninger af Miltbrandskulturer, der havde väret opvarmede i flere Dage til 42—43° C. efter Pasteurs Metode til Fremstilling af Miltbrandsvakcine, havde nemlig fölgende Virkning. Om Podestedet kom der efter 15 til 16 Timers Forlöb nogen Rödme, Svulst og Hede. Ved Indstik udflöd en lille Dråbe tykt pus, hvis Levkocyter for en stor Del indeholdt Baciller, der tydeligt viste sig döde, i det de vare henfaldne i korte, skarpt konturerede Led, der oftere viste kornet Henfald. Så snart han anvendte Miltbrandskulturer, der vare kraftige nok til at kunne dräbe Dyret, forandredes Forholdet. Han fandt så kun få Baciller i Cellerne, medens Mängden af frie Baciller i Blodet og Lymfen tog til.

Med Hensyn til Spörgsmålet, om også de *immuniserede* Dyrs hvide Blodlegemer formå at äde de virulente Miltbrandsstave, så besvarer Metschnikoff dette bekräftende. Han har dog kun ét Forsög at stötte sig til, og det endda et Forsög, der näppe er ganske pålideligt, fordi han hertil benyttede Kaniner, der efter Kochs og Gaffkys Undersögelser ikke kunne göres immune over for Miltbrand. M. mener dog, at det er lykkedes ham at immunisere en Kanin, og han iagttog hos

denne, hvorledes de virulente Miltbrandsstave efter Indpodningen for en stor Del blev optagne af Kaninens hvide Blodlegemer og på denne Måde uskadeliggjorte.

Metschnikoff drager den Slutning af sine Forsög, at Immuniteten ikke beror på Egenskaber hos Blodet som en Vädske i humoral Betydning, men skyldes en Ävne hos de levende Celler i cellularpatologisk Betydning, en Ävne, der först og fremmest viser sig i en Tilvänning hos Fagocyterne til at optage Substanser i sig, som de ellers ikke formå at assimilere. Den Kendsgerning, at de präventiv indpodede Dyr kun kunne göres immune over for en vis Mängde virus, men dö efter Indpodning af store Mängder heraf, lader sig forene med den Anskuelse, at Immuniteten skyldes en Virksomhed hos Fagocyter, der lidt efter lidt vännes til at äde Bakterier; ti det er jo klart, at disse Fagocyter kun kunne optage og dräbe et begränset Antal Bakterier. Metschnikoff opfatter altså Organismens Forhold over for indträngende Smitstoffer som en Kamp mellem Bakterierne og Organismens Levkocyter; hvis disse sidste formå at optage Bakterierne i sig, gå de af med Sejren; formå de ikke dette, så formere Bakterierne sig i Organismen og overvinde denne.

Teorien synes at passe så smukt til de Forsög, af hvilke den er afledt, at man på Forhånd må föle sig tilböjelig til at antage dens Rigtighed. Dette har også i höj Grad väret Tilfäldet. Man har med Begejstring sluttet sig til Tanken om denne Organismens Ävne til at tilintetgöre de indträngende Fiender. I medicinske Journaler, i populär-videnskabelige Artikler har »Kampen mellem Bakterierne og Cellerne» väret et ofte gentaget Slagord, og Forestillingen om de hvide Blodlegemer, der som en altid vagtsom Armé stod parat til at optage Kampen mod de grådige Fjender, har gravet sig ind i Bevidstheden både hos Läger og Lägfolk.

Märkeligt nok er Rigtigheden af Metschnikoffs Forsög endnu ikke bleven undersögt. Skönt Spörgsmålet har en så stor teoretisk Interesse, og skönt Indvendingerne ligge när, har så vidt mig bekendt hidtil kun to Undersögere i Tyskland nemlig, Ribbert og Wyssokowitsch, strejfet Metschnikoffs Teori uden at indlade sig på nogen mere indgående Imödegåelse eller Billigelse af den. Ribbert[1]), der injicerede

[1]) Ribbert: Untersuchungen über d. Schicksal pathog. Pilze im Organismus. Deutsche med. Wochenschr. 1885, N:r 31.

Sporer af aspergillus fumigatus og flavescens i Örevenen på Kaniner, iagttog, hvorledes der i Organerne (navnlig Lunge, Lever og Milt) hurtig optrådte en Vold af Puslegemer omkring de injicerede Skimmelsporer. Herved bleve disse dels forhindrede i at spire, dels hämmedes Spiringen, og han slutter deraf, at Puslegemerne virke kvälende på Sporerne, derved at de forhindre Ilttilförsel.

WYSSOKOWITSCH [1]) fandt ved sine Injektioner af ikke patogene Mikroorganismer i Blodbanerne, at en Del af disse optages af Cellerne i Kapillärernes Endotelrör; men han iagttog ikke nogen fremträdende Tilböjelighed hos de hvide Blodlegemer til at optage Bakterierne i sig og mener derfor, at Fagocytosen i alle Tilfälde kun spiller en underordnet Rolle ved Uskadeliggörelsen af Bakterierne.

Foruden mod hele METSCHNIKOFFS Forsögsanordning: det vovede i at slutte fra de hvide Blodlegemers Forhold på det opvarmede Objektbord eller fra de indpodede Staves Virulens i en koldblodig Organisme, der er opvarmet til 36°, er der også rent teoretisk Indvendinger at göre mod hans Forklaring af de iagttagne Fänomener. METSCHNIKOFF, der som bekendt er Zoolog og ikke Patolog, er åbenbart ikke på Höjde med de senere Års experimentel-patologiske Undersögelser om Betändelses- og Suppurationsprocesserne. Han står stadig på det COHNHEIMske Standpunkt i sin Betragtning af Betändelsen og Suppurationen som udelukkende forårsaget af en Alteration af Karväggen og en deraf fölgende Udvandring af hvide Blodlegemer, og han kender åbenbart ikke de nyere Forsög, der godtgöre, at Udvandringen af hvide Blodlegemer i Virkeligheden langt fra spiller den Rolle ved Pusdannelsen, man tidligere tillagde dem, medens Hovedvägten utvivlsomt må lägges på den regressive Metamorfose, som de betändte Väv undergå, og som förer til Pusdannelsen [1]). Men når dette forholder

[1]) WYSSOKOWITSCH: Ueber d. Schicksale der im Blut injicirten Mikroorganismen im Körper d. Warmblüter. Zeitschr. f. Hygiene, Bd 1, N:r 1.

[2]) Det vilde ligge udenfor dette Arbejdes Plan at komme närmere ind på de herhen hörende Forhold, der langt fra synes at väre trängt sådan igennem, som önskeligt var. Jeg nöjes her med at henvise til efterstående Arbejder, hvor alle, der interessere sig herfor, ville finde fornöden Oplysning: KARL ROSER: Entzündung und Heilung. Eine historisch-kritische Studie. Leipzig 1886. — E. HOMÉN: Untersuch. über d. Regeneration d. fixen Hornhautcellen durch indirekte Kerntheil. Fortschr. d. Medicin 1883 og Finska läkaresällsk. handl. 1881. — P. HÆNSELL: Experimentelle Untersuchungen über d. Verhalten, der Hornhautgrundsubstanz bei traumatischen Keratitis. Arch. f. Ophthalm. 1881

sig således, så er der altså allerede her en Indvending at göre mod METSCHNIKOFFS Teori. Ti skyldes Suppurationen ikke de hvide Blodlegemer, så er det altså heller ikke disse af Patologerne så forkälede Celler, der före Kampen for Tilvärelsen på Organismens Vegne mod Bakterierne, men derimod Puscellerne, de som Fölge af Irritationen omdannede Vävsceller, der må frem i förste Linie. Denne Indvending har dog over for Teorien i sin Helhed kun underordnet Betydning. Ti enten det er de hvide Blodlegemer eller Puscellerne, der besörge Arbejdet ved Drabet af de indträngende Bakterier, dette er mindre vigtigt over for Spörgsmålet om, hvor vidt Bakterierne overhovedet dräbes på den anförte Måde eller ikke.

De Forsög, jeg med dette Spörgsmål for Öje har anstillet på det bakteriologiske Laboratorium, synes mig at godtgöre, at denne Forklaring ikke er rigtig, i alle Tilfälde ikke i den Udsträkning, som METSCHNIKOFF antager. Puscellerne spille sandsynligvis en vis Rolle ved Tilintetgörelsen af Sygdomsspirerne i den immune Organisme; men denne Rolle er af rent underordnet Betydning ved Siden af andre Momenter, som METSCHNIKOFF slet ikke har lagt Vägt på.

Det var mig indlysende, at det ved disse Forsög navnlig måtte väre af Vigtighed at undersöge de lokale Forandringer, som Indpodning af patogene Bakterieformer fremkalde *på Indpodningsstedet*, for på denne Måde at få Oplysning om, hvor vidt de forskellige Dyrearter reagere forskelligt, eftersom de ere mere eller mindre modtagelige for den pågäldende Sygdomsform, og samtidig at kontrollere, om Puscellerne virkelig spille den af METSCHNIKOFF angivne Rolle eller ikke. Af disse to Spörgsmål har METSCHNIKOFF kun beskäftiget sig indgående med det sidste, Puscellernes Forhold, medens han kun lejlighedsvis strejfer det förste, den forskellige lokale Indvirkning, skönt denne, som det fremgår af det fölgende, åbenbart er af störste Betydning.

På Grund af Spörgsmålets store Udsträkning har det väret nödvendigt for mig forelöbigt at begränse mig til én Bakterieform, og jeg har hertil valgt Miltbrandsbacillen, dels fordi det jo er denne Form, METSCHNIKOFF har benyttet, dels fordi Miltbrandsbacillen i mange Henseender frembyder store Fordele ved Arbejdet i Laboratoriet. Den er let at dyrke, af en ka-

---

og sammes Arbejder i Bulletin de la Clinique nationale ophthalm. de l'hospice des Quinze-Vingts 1883—86 (Etudes sur le corps vitré).

rakteristisk Form og Udseende og tillige en af de bedst undersögte patogene Mikrobformer. Til Podningsforsögene benyttedes Kaniner, Mus og Rotter. Ved dette Valg af Forsögsdyr lod det sig nemlig göre at sammenligne Sygdomsforlöbet på den ene Side hos Dyr, der ere så modtagelige for Miltbrand som Kaniner og Mus, med Forlöbet hos Rotterne, der ere langt mere modstandskraftige, og som kunne göres fuldständig immune over for den. Den benyttede Miltbrand stammede dels fra en äldre Kultur fra Gesundheitsamt i Berlin. Den var noget svækket i sin Virulens på Grund af Alder, men dräbte dog med Sikkerhed Kaniner og hvide Mus på 2 til 3 Dögn og unge halvvoxne Rotter på omtrent 8 Dögn. Udvoxne hvide Rotter formåede den derimod ikke at dräbe. Dels benyttedes en ganske frisk, meget virulent Miltbrand, der stammede fra en af Miltbrand död Ko på Landbohöjskolen i Köbenhavn. Denne Miltbrand dräbte også udvoxne hvide Rotter på 3 til 4 Dage. Alle Indpodninger bleve foretagne subkutant. Efter at Podestedet var behörig desinficeret og Hårene afklippede, dannedes med en Lancet en subkutan Poche, og heri podedes nu med en udglödet Platinnål, hvis Ende var böjet til en Ösken, en ringe Mängde af en frisk Miltbrandskultur. Podestedet valgtes for Mus og Rotters Vedkommende ved Haleroden, for Kaninernes ved basis af det ene Öre.

Det var naturligvis af stor Vigtighed ved disse Forsög at forhindre andre Bakterieformer end den indpodede fra at tränge ind i Podesåret og derved forstyrre Resultaterne af Podningerne. I det langt overvejende Antal af Podningerne viste det sig nu, at de anvendte Forsigtighedsregler vare tilsträkkelige til at forhindre andre Bakteriers Indträngen: så vel den mikroskopiske Undersögelse af Sårsekretet som Udsåning af pus i de Tilfälde, hvor dette dannedes, gav, således som det fremgår af det fölgende, som Resultat, at den indpodede Miltbrand ikke var bleven forurenset, hvad enten dette nu skyldes, at andre Bakterieformer kun med Vanskelighed kunne trives sammen med Miltbrand, eller at det lille subkutane Stiksår så hurtig har lukket sig, at der ikke har väret Lejlighed til Infektion. I et mindre Antal Tilfälde, navnlig ved Indpodning på Rotter, optrådte der derimod ved Siden af de indpodede Miltbrandsstave en Tilblanding af en Mikrokokkusform, der synes at väre stärkt betändelsesväkkende, og som ikke henhörer til nogen af de (fra Undersögelser på Mennesker) hidtil

kendte suppurationsproducerende Mikrober. Disse Tilfälde ere naturligvis skudte ud som ubrugelige.

24 Timer efter Podningerne blev Podestedet undersögt, i det Podesåret efter behörig Desinfektion åbnedes med en steriliseret Pincet og det eventuelt tilstedevärende Sårsekret opsugedes i et fint udtrukket Hårrör for at tjäne til videre Undersögelse under Mikroskopet, til Udsåning eller Indpodning. Denne Undersögelse af Podesekretet gentoges i de fleste Tilfälde atter efter 24 Timers Forlöb. Den anvendte Miltbrand var frisk udsået og indeholdt ikke Sporer.

Ved Kontrolforsög havde jeg overbevist mig om, at et aseptisk udfört subkutant Stiksår med en Lancetspids lukkes fuldständigt i Löbet af 24 Timer uden at fremkalde nogen synlig Betändelse.

En Räkke Indpodninger med Miltbrand på de tre nävnte Dyrearter gav som Resultat, *at der er iöjnefaldende og aldeles utvivlsomme Forskelligheder tilstede i Sårforlöbet hos de forskellige Dyrearter, afhängige af Dyrenes större eller mindre Modtagelighed for den indpodede Sygdom.* Subkutan Indpodning hos Kaniner og Mus med virulent Miltbrand viser fölgende Forandringer på Indpodningsstedet. Omkring Indstikstedet iagttages 24 Timer efter Indpodningen et i Almindelighed ringe Ödem, der dog undertiden, navnlig hos Musene, kan antage ret betydelige Dimensioner. Når Podesåret åbnes, pibler der en Dråbe klar serös Vädske frem af dette. Denne Vädske viser sig under Mikroskopet at indeholde talrige Miltbrandsstave, *men ingen eller nästen ingen Puslegemer.* Den ved Indvirkningen af de indpodede Miltbrandsstave fremkaldte Betändelse er altså ikke puscelleholdig og bliver det ikke i de fölgende 24 Timer, tvärt imod, enten det lokale Ödem taber sig eller holder sig stationärt til Dyrets Död, så opträde, der ingen Pusdannelse i Podesåret. Hos Rotterne er Forholdet derimod helt anderledes. *Hos disse Dyr findes der konstant pus i Podesåret, og Pusmängden står i Forhold til det indpodede Materiales Virulens og Forsögsdyrets större eller mindre Modtagelighed for Sygdommen.* Hos unge Rotter, der podes med virulent Miltbrand, finder man 24 Timer efter Indpodningen i Podesåret en uklar seropurulent Vädske, der, således som det närmere skal beskrives nedenfor, indeholder talrige Miltbrandsstave imellem en stor Mängde Pusceller. Men jo äldre Rotten er, des tydeligere antager Sekretet i Podesåret Udseendet af

rent pus. Hos gamle Rotter fremkalder Indpodningen en tyk, gul, sej Pusmasse, der holder sig et Par Dage og derefter forsvinder. Er den indpodede Miltbrand så virulent, at den formår at dräbe Rotten, er Pusdannelsen mindre udtalt. Vädsken i Podesåret ligner da i Pusholdighed Vädsken i de unge Rotters Podesår.

Indpodning med kunstig svākket Miltbrand gav et helt andet Resultat for Kaniners og Mus's Vedkommende. Miltbranden svākkedes efter den af Koch angivne Metode, i det Agarkulturer anbragtes i en Arsouvals Termostat, der holdtes opvarmet til en Temperatur af 42,5°. Temperaturen svingede mellem 42° og 43°. Ved denne Temperatur svākkedes den virulente Miltbrand således, at den efter 20 Dögns Forlöb ikke mere var i Stand til at dräbe Kaniner. *Subkutan Indpodning af en således svākket Miltbrandskultur fremkalder hos Kaniner*, således som også Metscnikoff angiver, *en lille lokal Betändelse, ledsaget af Pusdannelse;* i Podesåret finder man konstant en Dråbe tykt pus. Aldeles på samme Måde forholde Rotterne sig. Podning med den svākkede Miltbrand fremkalder så vel hos de unge som gamle Rotter en tydelig Pusdannelse, bestående af sejt, gult pus, der allerede er tilstede efter 24 Timers Forlöb.

Resultatet af disse Podningsforsög var altså i Korthed fölgende: Indpodning af virulent Miltbrand på meget modtagelige Dyr (Kaniner, Mus) fremkalder hos disse ringe eller slet ingen Reaktion på Podestedet. Stavene virke ikke pusdannende. De indpodede Stave finde hurtig deres Vej til Organerne gennem Lymfe- og Blodkarbanerne, her formere de sig med rivende Hast og bevirke Dyrets Död. Anderledes med de ikke modtagelige Dyreformer. Her virker det indpodede Materiale tydelig betändelsesvākkende på Vävet, og Pusdannelsen står i omvendt Forhold til Dyrets större eller mindre Modtagelighed: jo mindre modtageligt Dyret er, des stärkere og tydeligere bliver Pusdannelsen. Dyrets Almenbefindende synes kun i ringe Grad at påvirkes, i det Sygdommen lokaliseres til Podestedet og dettes närmeste Omegn. Hos Dyr, der stå på Overgangen mellem de modtagelige og uimodtagelige, som halvvoxne Rotter, fremkaldes en ringe Betändelse i Podesåret. Stavenes Overgang i Organismen hämmes noget; men Dyrene bukke under for Sygdommen efter nogen Tids Forlöb, i Almindelighed omtr. 8 Dage.

Det fremgår åbenbart heraf, at Pusdannelsen spiller en ikke ringe Rolle over for Spörgsmålet om de omhandlede Dyreformers större eller mindre Modtagelighed for Miltbrand, en Rolle, der sikkert ikke er begränset til denne Sygdom og de her benyttede Dyreformer alene, men vist nok er af stor Betydning over for Spörgsmålet om de forskellige Dyreformers forskellige Modtagelighed over for en stor Mängde Infektionssygdomme. Det er i alle Tilfälde en vel konstateret Erfaring, at de mest virulente Infektionssygdomme dräber Dyrene uden at fremkalde store patologisk-anatomiske Forandringer i Vävene, medens de mindre patogene Mikrober, de, der ikke formå at dräbe den Organisme, i hvilken de ere trängte ind, eller först dräbe dem efter lang Tids Forlöb, altid medföre tydelige anatomiske Forandringer i de Väv, i hvilke de er lokaliserede, Forandringer, hvis väsentligste Karaktermärke er Pusdannelsen. Det kan altså näppe väre uberettiget i Pusdannelsen at se en heldbringende Reaktion fra Organismens Side imod de indträngende Bakteriekim, således som METSCHNIKOFF har gjort det, og Spörgsmålet bliver da altså närmest det, hvorledes virker denne Pusdannelse uskadeliggörende på Bakterierne.

Der kunde i så Henseende tänkes forskellige Forklaringer, af hvilke METSCHNIKOFFs jo er den, der for Tiden synes bedst funderet og mest i Overensstemmelse med den herskende Opfattelse af de hvide Blodlegemer som särligt *ädende* Celler, der altså ved at opsluge og fordöje Bakterierne dräbte dem. En anden Forklaring er RIBBERTs, der som ovenfor omtalt iagttog, hvorledes de injicerede Skimmelsporer ofte fandtes omgivne af et tät Lag Puslegemer, der virkede *kvälende* på de spirende Sporer, derved at de berövede dem den fornödne Tilförsel af Ilt.

En fortsat Undersögelse af de indpodede Miltbrandsstaves Forhold på Podestedet og deres Relation til Puslegemerne har fört mig til en fra METSCHNIKOFF forskellig Opfattelse af de Midler, ved Hjälp af hvilke den pågäldende Bakterieform dräbes, og de iagttagne Fänomener synes mig at godtgöre, at Uskadeliggörelsen af Bakterierne langt snarere skyldes rent kemiske Forhold end Cellernes Ävne til at optage korpuskuläre Elementer i sig.

Hvad först og fremmest angår de ved Podningen på *uimodtagelige* Dyr dannede Puslegemers Forhold, så er det ikke

vanskeligt at iagttage, at Ädningsprocessen er meget langt fra at spille en så betydelig Rolle som af Metschnikoff angivet. I Pusset hos de med Miltbrand indpodede Rotter, altså Dyr, hvis hvide Blodlegemer netop skulde kunne äde Bakterierne med Lethed, *fandtes forholdsvis få Stave optagne i Cellerne.* Det langt overvejende Antal indpodede Stave fandtes frit svömmende i Pusvädsken, uden at Puslegemerne viste nogen som helst Tilböjelighed til at omringe dem eller opsluge dem, og, som vi senere skulle se, blive de allerfleste Stave i Virkeligheden dräbte og således uskadeliggjorte uden at väre optagne i Cellerne. Indpodningen af *svækket* Miltbrand på Kaniner og Rotter giver aldeles samme Resultat. Kun undtagelsesvis bliver en Stav optagen i Cellerne, det langt overvejende Antal findes fritsvömmende i Pusvädsken, så länge denne overhovedet er tilstede. Hos de med virulent Miltbrand indpodede Kaniner er Forholdet et ganske lignende, i det man, for så vidt der overhovedet findes Puslegemer i Sårsekretet, hist og her kan finde en Stav i de sparsomme Puslegemer, og på samme Måde forholde Mus sig. Jeg skal ikke her närmere komme ind på, hvorledes Optagelsen af Stavene i Puslegemerne går for sig. Dette Forhold er allerede fyldestgörende skildret af Metschnikoff, hvis Fremstilling jeg helt kan tilträde.

Disse Iagttagelssr stå i ret skarp Modstrid med Metschnikoffs Resultater, og Årsagen må vel väsentligst söges i, at han kun i så forholdsvis ringe Grad har lagt Iagttagelser hos varmblodige Dyr til Grund for sine Forsög. Hans Forsög på immuniserede Dyr indskränker sig til ét, og med Hensyn til Forsög på Rotter har han kun studeret de hvide Blodlegemers Forhold til Miltbrandsstavene på det opvarmede Objektbord, men undladt Indpodninger på levende Dyr.

Hvorledes forholde nu de indpodede Bakterier sig i Pusset? Da det, som vi have set, ikke er Puslegemerne, der äde og således uskadeliggöre Infektionsstoffet, hvilke andre Momenter göre sig da her gäldende? En fra Dag til Dag fortsat Undersögelse af de indpodede Staves Forhold på Podestedet hos udvoxne Rotter besvarer hurtig Spörgsmålet. Den til Indpodningerne benyttede Miltbrand bestod, som tidligere nävnt, af friske Gelatine- eller Agarkulturer, i hvilke Miltbranden fandtes som lange, hyaline Tråde uden Tegn til begyndende Sporedannelse. Når man 24 Timer efter Indpodningen af en ringe Mängde af en sådan Kultur på en udvoxen Rotte under-

söger Podesekretet, finder man, at de lange hyaline Tråde ere henfaldne i korte Stave, der enten ere enkeltledede eller hänge sammen to og to. Stavene er gärne noget afrundede i bägge Ender og noget tykkere end sädvanligt. Ofte er de omgivne af en stärkere lysbrydende Brämme, der ligner en Kapsel. Hvis man sår en ringe Mängde af sådant pus på Gelatine, sår man efter et Par Dages Forlöb en livlig Växt af Miltbrandskolonier, og podes Pusset på en Mus, dör denne af Miltbrand efter 1 til 2 Dögn. Undersöger man efter andre 24 Timers Forlöb Pusset på Indpodningsstedet hos Rotten, finder man Billedet en Del forandret. De tidligere hyaline Stave ere blevne fint kornede, mange af dem vise endog et tydeligt Henfald i Korn, de er mindre stärkt lysbrydende, Konturerne svagt synlige, andre vise Tilböjelighed til at falde hen i ganske korte, stärkt lysbrydende Led, der ofte vise temmelig uregelmässige Former. Såes dette pus på Gelatine, kommer der i Almindelighed ingen Växt, og Mus, der podes med Pusset, vedblive at leve. Undertiden varer det mere end 48 Timer, inden Stavene er döde; men efter tre Dögns Forlöb er Döden nästen altid indtrådt. Hos udvoxne Rotter, der oftere ere podede med Miltbrand, og som altså i en ganske särlig Grad ere uimodtagelige, ere Stavene ofte döde allerede efter 24 Timers Forlöb, hvilket viser sig ved, at Podninger og Såning falde negativt ud.

Hos uimodtagelige Dyr *dö altså Miltbrandsstavene i det Pus, der dannes ved den lokale Betändelse på Indpodningsstedet, uden at de först optages af Puscellerne.* Fagocytosen spiller altså her en meget underordnet, om overhovedet nogen Rolle. En Indvending, der kunde göres mod denne Iagttagelse, er fölgende. Det kunde tänkes, at de döde Miltbrandsstave, der fandtes i så rigelig Mängde fritsvömmende i Pusset, havde väret optagne i Puslegemerne, dräbte her, og derpå atter udtömte f. Ex. som Fölge af Cellernes Död og Oplösning ved Fedtdegeneration. For at afväbne denne Indvending anstilledes fölgende Forsög. 24 Timer efter en Indpodning med Miltbrandsstave blev Pusset, i hvilket altså Stavene i Fölge tidligere Forsög endnu var fuldständig levekraftige, opsuget i sterile Hårrör, der naturligvis måtte tages meget fine på Grund af den ringe Mängde pus, hvorom her er Tale. Hårrörene tilsmeltedes i bägge Ender og anbragtes i Termostat ved 38°, og der foretoges nu daglig Såninger af Pusset i Gelatine og

Podninger på Mus. Kontrolforsög havde vist, at Miltbrandsstave, der opbevares i Hårrör i Näringsvädske, holde sig livskraftige en ubegränset Tid. Det viste sig nu, at de indpodede Miltbrandstråde virkelig dräbtes i Löbet af kort Tid i Pusset, uden at Puslegemerne spille nogen direkte Rolle herved, da de jo hurtig dö udenfor Organismen. Tiden, inden de vare dräbte, varierede mellem 1, 2 og 3 Dögn. Efter denne Tid faldt Indpodninger og Såninger altid negativt ud. Det bliver herved klart, at det ved Miltbrandsindpodningerne dannede pus virker dräbende på Miltbrandsstavene, uden at Fagocytosen har nogen Andel heri. Hvilke kemiske Omsätninger i Pusvädsken, der bevirker, at Mikroberne dräbes og oplöses, derom vides forelöbigt intet. Måske dräbes Stavene på Grund af Iltmangel og oplöses derpå, måske danne de selv i Pusset Stofskifteprodukter, der virke dräbende på dem. Dette synes dog mindre sandsynligt, når man ser hen til, at Miltbrandskulturer i Gelatine kunne holde sig levende i mange Måneder, skönt Näringsvädsken her er helt opbrugt og opfyldt med Stofskifteprodukter.

Når man indpoder Kaniner med sväkket Miltbrand, der ikke formår at dräbe Forsögsdyret, iagttager man ganske det samme Sårforlöb som hos de immune Rotter. Miltbrandsstavene findes frit i Pusset og blive i Löbet af ganske kort Tid (2 til 3 Dögn) dräbte her, således at Såningsforsög falde negativt ud. Det viser sig altså også i dette Tilfälde, at de let modtagelige Dyr forholde sig på samme Måde over for Indpodninger af en sväkket patogen Bakterie som uimodtagelige Dyr over for Indpodninger med den samme usväkkede Form.

Der kunde endnu väre Grund til at opkaste det Spörgsmål, om alle de indpodede Miltbrandsstave gå til Grunde på Podestedet, eller om en Del af dem tränger ind i Organismen ad Lymfe- og Karbanerne og dräbes i Organerne. De Forsög, der anstilledes med dette Spörgsmål for Öje, gav negativt Resultat. Forsögsanordningen var den, at Dyrene (udvoxne Rotter, der podedes med purulent, men ikke dräbende Miltbrand, Kaniner, der podedes med sväkket Miltbrand) dräbtes til forskellig Tid (24 Timer til 3 Dögn) efter Podningen, hvorefter der foretoges Udsåning af Organerne og Blodet i Gelatine og Agar. Disse Såninger gav ingen Växt, således at man deraf tör slutte, at Sygdommen virkelig har väret lokaliseret til Indpodningsstedet. Heller ikke den mikro-

skopiske Undersögelse af det härdede Väv omkring Podestedet viste noget Tegn til Växt af Stavene i det Podestedet närmest omgivende Väv.

I et Tilfälde, hvor en udvoxen Rotte döde (omtr. 1 Måned) efter Indpodning med Miltbrand, der ellers ikke dräbte udvoxne Dyr, fandtes ved Sektionen små Abscesser i flere Organer, navnlig i Lever og Milt. I Pusset sås Miltbrandsstavene som tidligere beskrevet, stärkt opsvulmede, for störste Delen frit i Pusset. Indpodninger med dette pus på Kaniner og Rotter virkede hurtig dräbende.

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om den primära progressiva myopatin, dess scapulo-humerala typ jämte en öfversigt af beslägtade kliniska former.

Af

Dr. J. G. EDGREN,
Docent i medicin vid Karol. institutet i Stockholm.

Med 4 taflor.

I.

Läran om den progressiva muskelatrofin, hvars vetenskapliga bearbetning med skäl kan dateras från början af 1850-talet, då de grundläggande arbetena af DUCHENNE, ARAN och CRUVEILHIER offentliggjordes, har på senaste tiden undergått en väsentlig omgestaltning. I samma mon som den kliniska analysen vunnit i skärpa och detaljrikedom samt den histologiska tekniken kommit i besittning af förbättrade undersökningsmetoder, har det visat sig, att de äldre författarne under samma benämning sammanfört väsentligen skilda sjukdomsprocesser. Då man under sådana förhållanden likväl sökte en enhetlig grund för det mest i ögonen fallande symptomet, för atrofin af muskelsubstansen, bör det ej väcka förvåning, att åsigterna rörande sjukdomsprocessens primära lokalisation och natur voro högeligen divergenta. En närmare granskning af dessa olika åsigter och en kritisk belysning af det väldiga från alla håll meddelade material, som föreligger i de senaste tre decenniernas medicinska literatur, kan här ej komma i fråga, så mycket mindre som en stor del af de anförda fallen äro enligt nutidens anspråk mycket ofullständigt beskrifna. För en fullständigare kännedom om den historiska utvecklingen af läran om den progressiva muskelatrofin hänvisa vi till arbeten af FRIEDREICH [1], EULENBURG [2], SANDAHL [3] m. fl. Här vilja

vi endast anmärka, att grunden till muskelatrofin söktes i patologiska processer, hvilka lokaliserades än i ryggmärgen, än i de främre nervrötterna och de periferiska nerverna, än i sympaticus, än i sjelfva muskelsubstansen. Ganska tidigt fick dock den åsigten, som förfäktade den progressiva muskelatrofins nevrotiska ursprung, ett mera allmänt erkännande. Härtill bidrog i första rummet, att i flere fall verkliga förändringar i nervsystemet kunde konstateras och vidare de undersökningar, som verkställdes af flere experimentalfysiologer, bland hvilka vi särskilt vilja framhålla WALLER[4]. Genom dessa undersökningar kom man nämligen till den åsigten, att i ryggmärgen och antagligen i de stora gangliecellerna i de främre hornen befann sig ett s. k. trofiskt centrum, hvars normala funktion var nödvändig för nutritionsprocessernas regelbundna förlopp inom de periferiska nerverna och musklerna. När så ytterligare CHARCOT[5] och hans lärjungar i början af 1870-talet publicerade flere, ytterst noggranna iakttagelser, i hvilka det lyckats med den moderna histologiska teknikens hjälp att bestämdt påvisa den redan postulerade destruktionen af de stora gangliecellerna i ryggmärgens främre horn, var det helt naturligt, att den åsigten, som förfäktade sjukdomens nevrotiska eller närmare bestämdt dess spinala ursprung, skulle få öfverhanden. Däremot sökte, som bekant, FRIEDREICH[1] att häfda dess myopatiska natur; de förändringar, som han och andra otvifvelaktigt konstaterat inom nervsystemet, förklarades såsom sekundära, konsekutiva i förhållande till muskellesionen. FRIEDREICHS ypperliga arbete, som utkom 1873, innehåller hela den tidens faktiska material och skall nog på grund däraf ega bestående värde, om än de slutsatser, författaren därur dragit, på senaste tiden undergått en betydlig modifikation. Så väl den anatomiska undersökningen som den kliniska iakttagelsen motsvara icke en nyare tids skärpta fordringar, och FRIEDREICHS åsigter lyckades aldrig göra sig fullt gällande. En af FRIEDREICHS lärjungar, FRIEDR. SCHULTZE[6], har varit i tillfälle att granska ännu bibehållna preparat från ett par af hans fall och därvid funnit förändringar, som undgått FRIEDREICH, hvarigenom dessa fall nu mera böra hänföras till en annan sjukdomsform; och ett uppmärksamt studium af hans meddelade sjukdomshistorier tillåter i flere fall en helt annan diagnos. Ett sådant kritiskt studium af den FRIEDREICHska kasuistiken har SCHULTZE[7] företagit. Häraf framgår, att FRIEDREICHS fall I,

enligt nutidens diagnostik, skulle kallas en poliomyelitis; fall II en degeneration af de bakre ryggmärgssträngarna jämte atrofi af de främre hornen; fall IV amyotrofisk lateralskleros, fall X sannolikt en primär progressiv muskelatrofi, fall XVII antagligen en neuritis plexus brachialis dext. o. s. v. En likartad granskning af andra författares arbeten ger samma resultat: nevrotiska och myopatiska atrofier blandade om hvarandra. Såsom vi nämnt bibehöll sig uppfattningen af den progressiva muskelatrofin såsom en spinalaffektion tämligen oberörd af FRIEDREICHS angrepp, samt preciserades af CHARCOT[8] ännu närmare såsom en téphro-myélite chronique parenchymateuse. Men då denne senare författare uppstälde sin amyotrofiska lateralskleros såsom en både kliniskt och patologiskt-anatomiskt definierbar sjukdomsform, måste hit hänföras flere af de fall, som förut beskrifvits under rubriken progressiv muskelatrofi. Kommer så härtill, att icke så få fall, hvilka meddelats i literaturen såsom progressiv muskelatrofi, nu mera måste anses hafva berott på en multipel neuritis, en sjukdomsform, hvilken först på allra sista tiden blifvit mera utförligt studerad, så synes tydligen, att äfven de fall, som otvifvelaktigt varit af nevrotiskt ursprung, äro hänförliga till patologiska processer med ganska olika lokalisation. Att icke desto mindre fall verkligen finnas, hos hvilka den kliniska bilden af en fortskridande atrofi af muskelsystemet sammanfaller med en atrofi af de främre ryggmärgshornens stora ganglieceller under det att ryggmärgens öfriga partier äro normala, har blifvit otvifvelaktigt visadt af CHARCOT och hans lärjungar och senast af STRÜMPELL[9]; men denna sjukdomsform, hvilken man med större eller mindre skäl kallat den typiska progressiva muskelatrofin (type Aran-Duchenne), är man nu mera böjd att anse betydligt mera sällsynt, än hvad man förr trott. På senare tiden har nämligen området för den primära progressiva muskelatrofin eller myopatin, såsom man med tanken på psevdohypertrofin kanske bättre uttrycker sig, alt mera vidgats, alt flere former hafva uppstälts, där atrofin af muskelsubstansen antagits eller bevisats vara uteslutande beroende på patologiska processer i själfva musklerna, under det att nervsystemet, så väl det centrala som det periferiska, varit fullkomligt normalt, åtminstone för så vidt ännu befintliga undersökningsmetoder gifva vid handen. Att äfven kliniskt kunna afskilja dessa former från de nevrotiska atrofierna, har varit föremål för lifliga sträfvan-

den, hvilka, såsom vi hoppas kunna visa, ej blifvit alldeles fruktlösa. Då man äfven trott sig finna hållpunkter för olika prognos och terapi, måste dessa sträfvanden anses icke blott teoretiskt utan äfven praktiskt fullt berättigade.

Vi hafva redan framhållit, huru FRIEDREICH sökte försvara den progressiva muskelatrofins myopatiska natur, samt att hans åsigter långt ifrån vunno allmänt erkännande. Dock började man snart inse, att vissa fall förekommo, som ej gärna kunde hänföras till den vanliga, af de franska författarne, särskildt af CHARCOT skildrade sjukdomsformen. Under rubriken hereditär muskelatrofi sökte LEYDEN [10] 1875 att bilda en grupp af sjukdomsfall, hvilka beträffande etiologi, symptom och förlopp erbjödo stor öfverensstämmelse sins emellan men däremot vissa olikheter i förhållande till den vanliga formen. Särskildt framhöll LEYDEN herediteten såsom ett utmärkande kriterium på denna grupp och opponerade sig mot CHARCOTS åsigt om ärftligheten såsom ett vigtigt etiologiskt moment för den progressiva muskelatrofin i allmänhet. Af kliniska skäl ansågs den hereditära formen vara primär myopatisk och närmades psevdohypertrofin. Sedermera har MOEBIUS [11] såsom bekant ytterligare utvecklat de skäl, som tala för den nära slägtskapen för att icke säga identiteten mellan psevdohypertrofin och den hereditära muskelatrofin. LICHTHEIM [12] är den förste som lemnat ett otvetydigt bevis på förekomsten af en primär progressiv muskelatrofi. Han publicerade 1878 ett fall, som i kliniskt hänseende blifvit omsorgsfullt undersökt och enligt den då gängse uppfattningen diagnosticerades såsom en spinalaffektion. Vid den sedermera verkstälda obduktionen, hvarvid den anatomiska undersökningen kunde göras enligt moderna histologiska metoder på ett fullt tillfredsställande sätt, befans nervsystemet fullkomligt normalt. Det blef sålunda nödvändigt att äfven kliniskt skilja mellan dylika fall och dem som tillhöra den spinala progressiva muskelatrofin. En antydan härom gjordes af ERB redan 1882 i hans då utgifna Handbuch der Elektrotherapie [13] och utvecklades ytterligare i ett utförligt arbete af samme författare 1884 [14]. Här framlägges en rikhaltig kasuistik, bestående dels af egna särdeles noggrant gjorda kliniska iakttagelser, dels af fall hemtade ur den för handen varande literaturen. På grund häraf uppstälde ERB den s. k. juvenila formen af progressiv muskelatrofi, som med hög grad af sannolikhet ansågs vara en primär muskelaffektion. De kli-

niska fenomenen skildras särdeles utförligt, och de tecken, genom hvilka denna form skiljer sig från den spinala formen framhållas. Den nära slägtskap, som förefinnes mellan den juvenila formen å ena sidan och LEYDENS hereditära form samt psevdohypertrofin å andra sidan, betonas uttryckligen liksom öfverensstämmelsen mellan dessa båda senare sjukdomsformer inbördes. Dessa tre former sammanföras slutligen af ERB till en enda stor grupp, för hvilken han föreslår benämningen dystrophia musculorum progressiva, under det han vill gifva den spinala formen namnet amyotrophia spinalis progressiva. Kort efter det ERBS uppsats blifvit synlig, utkom en särdeles utförlig monografi af LANDOUZY och DEJERINE [15] öfver en redan af DUCHENNE beskrifven form af progressiv muskelatrofi, hvilken af dessa författare benämndes myopathie athrophique progressive »type facio-scapulo-huméral». I denna form börjas atrofin vanligen i ansigtsmuskulaturen, utbreder sig sedan till bålens och extremiteternas muskler i hufvudsaklig öfverensstämmelse med förhållandet i den ERBska formen. Vidare är denna sjukdomsform hereditär, och de första symptomen visa sig i de flesta fall redan i barndomen. Dessa författare kunde äfven meddela en särdeles noggran anatomisk undersökning af ett under flere år iakttaget fall. De patologiska förändringarna befunnos här uteslutande lokaliserade i de atrofierade musklerna; nervsystemet, så väl ryggmärgen som de främre nervrötterna, de periferiska nervstammarna och de intramuskulära nervgrenarna voro intakta. Till och med nervus facialis ända från facialiskärnen i botten på 4:de ventrikeln till de finaste nervgrenarna i ansigtsmuskulaturen var fullkomligt normal, under det att de motsvarande musklerna undergått en nästan total atrofi, som utbildats sedan 20 år tillbaka. I samma arbete omnämnes äfven, ehuru mera i förbigående, en annan typ — »type scapulo-humeral», hvilken nästan fullständigt öfverensstämmer med den juvenila formen. Vidare har FR. SCHULTZE [16] 1886 offentliggjort ett likaledes mycket noggrant beskrifvet fall, som med kortare afbrott blifvit iakttaget under 20 år och under denna tid undersökts af FRIEDREICH, ERB och SCHULTZE. Vid den utförligt beskrifna anatomiska undersökningen befans äfven här nervsystemet till alla delar normalt, under det att betydliga förändringar konstaterades i snart sagdt hela skelettmuskulaturen. Helt nyligen hafva LANDOUZY och DEJERINE [17] ytterligare offentliggjort ett arbete, i hvilket meddelas flere till deras

»type facio-scapulo-humeral» hörande nya fall och dessutom ett, som hvad de kliniska karaktererna beträffar, till alla delar öfverensstämmer med den Erbska formen. Detta fall har äfven blifvit patologiskt-anatomiskt undersökt, och af den utförliga obduktionsberättelsen framgår, att de patologiska processerna uteslutande haft sitt säte i muskelsystemet; nervsystemet var fullkomligt intakt. Så väl ryggmärgen som sympaticus på halsen, de främre nervrötterna och muskelnerverna undersöktes och voro normala.

På grund af hvad denna korta öfversigt gifvit vid handen, lider det intet tvifvel, att vissa fall af progressiv muskelatrofi måste betraktas såsom beroende på uteslutande myopatiska processer, att sjukdomen i dessa fall uppträder primärt i muskulaturen och under hela sitt förlopp förblifver därstädes lokaliserad. Vi hafva också sett, huru flere olika kliniska former af denna primära progressiva muskelatrofi blifvit uppstälda, hvarvid äfven nödvändigheten framhållits att skilja dem från de nevrotiska formerna. Vid ett närmare studium af den hit hörande literaturen träffar man också fall, som ej kunna fullständigt inrangeras i någon af dessa former, liksom också fall som under en period af sin utveckling tillhört en form, men sedermera öfvergått till en annan. Dessa senare utgöra tydliga bevis på alla dessa formers nära sammanhang med hvarandra. Då vi varit i tillfälle att närmare studera tvänne fall af progressiv muskelatrofi, hvilka närmast äro hänförliga till den s. k. juvenila formen, har det synts oss af intresse att sammanställa dessa med öfriga inom literaturen publicerade iakttagelser, som i kliniskt hänseende erbjuda fullständig likhet med våra fall och jämföra dem äfven med några andra som i de väsentligaste punkter öfverensstämma med dem. Gå vi sedan till en kortfattad redogörelse för de närbeslägtade kliniska formerna, hoppas vi kunna ställa våra fall i all den belysning, som på vetenskapens närvarande ståndpunkt är möjlig. Härigenom få vi äfven tillfälle att framhålla de gemensamma karakterer, som tillkomma den grupp af sjukdomsfall, hvilka nu mera måste betraktas såsom väsentligen skilda från både den s. k. typiska på en lesion af ryggmärgen beroende progressiva muskelatrofin och de öfriga nevrotiska atrofierna.

II.

Vid en granskning af det för handen varande materialet urskilja vi först tvänne hufvudgrupper: i den ena saknas hvarje påtagligt etiologiskt moment, i den andra spelar ärftligheten en mycket vigtig rol. Den förra gruppen sammanfaller ungefär med ERBS juvenila form, den senare omfattar LANDOUZYS och DEJERINES »type facio-scapulo-humeral», LEYDENS hereditära form samt psevdohypertrofin. Den förra gruppen kan återigen sönderdelas i tvänne underafdelningar, af hvilka den ena motsvarar LANDOUZYS och DEJERINES »type scapulo-humeral», den andra innesluter några fall med mera utbredd atrofi; mellan dessa två underafdelningar finnes dock ingen genomgripande skilnad, alldenstund muskler, som kliniskt visat sig normala, anatomiskt befunnits angripna om än i ringa grad. Härvid komma vi företrädesvis att behandla den första af dessa hufvudgrupper, den andra mera i förbigående.

A. **Icke hereditära fall** (ERBS juvenila form).

1. »*Type scapulo-humeral*» (LANDOUZY och DEJERINE).

Fall 1. (Egen iakttagelse). Iakttaget på Serafimerlasarettet, demonstreradt i Sv. läkaresällskapet d. 29 sept. 1885. Ur den af kand. FRITHIOF GUSTAFSSON förda journalen meddela vi följande:

L. P. Åslund, 28 år, skräddare från Graninge socken, Vesternorrland; intogs å kongl. Serafimerlasarettets medicinska klinik d. 15 juli 1885, utskrefs d. 6 okt. 1885.

Patientens föräldrar lefva båda vid hög ålder. Fadern lider af någon bröståkomma, modern frisk. En syster vårdas för närvarande på lasarett för någon åkomma i ett ben, öfriga syskon friska. Farmodern dog vid 83 års ålder, hon hade varit frisk hela sitt lif; farfadern blef äfven mycket gammal. Om ingen af sina förfäder äfven i längre aflägsna led har han hört berättas, att de lidit af någon sjukdom, liknande hans egen. Ingen nervsjukdom af någon art ej häller tuberkulos, syfilis eller kancer tyckes hafva förekommit inom pat:s slägt. De förfäder, han hört omtalas, hafva alla uppnått hög ålder.

Själf har pat. ej genomgått någon barnsjukdom, utan städse varit frisk, tils hans nuvarande onda började, han har ej begått excesser in bacho eller venere, ej haft syfilis, hans bostad har ej varit fuktig eller dragig, föräldrarnas ekonomiska ställning ej dålig.

Från 8 års ålder har pat. på vintrarna måst vara med i skogen vid timmerforsling, hvarunder han fått arbeta strängt hela dagen, frusit och farit illa, så att han själf anser sig härunder hafva lagt grunden till sin nuvarande sjukdom, han låg dock aldrig ute och sof, och ådrog

sig aldrig någon akut sjukdom under denna tid, utan var städse frisk och fullt arbetsför ända till sitt 16:de år med undantag af en svår hufvudvärk, som började, då han var 14 år gammal. Denna hufvudvärk, som han förlade till pannan, instälde sig med olika mellanrum af 1 till 3 dagar och på olika tider af dygnet, varade ibland hela dagen. Han säger, att det riktigt »sprängde i pannan»; han kunde då ej vistas uppe utan låg till sängs, och hans omgifning sade, att han »rakt yrade». Kräkningar påkommo härvid flere gånger, i synnerhet då han förtärt någon föda. Pat. har aldrig iakttagit någon flytning ur öronen, ej häller har hörseln varit nedsatt. Vid 17 års ålder genomgick han en badkur vid Sånga, hvarefter hufvudvärken försvann, och den har sedan ej återkommit.

Sin nuvarande sjukdom daterar pat. från sitt 16:de år, då han började blifva klen. Först märkte han svaghet i främre lårmuskulaturen och strax därpå i länden. Svagheten tilltog så småningom, hvarför han vid ungefär 18 års ålder vårdades på Hernösands lasarett under 2 till 3 månader och där blef behandlad med elektricitet (galvanisation) och bad. Emellertid aftogo hans krafter alt mera, och då han ej vidare kunde taga del i gröfre arbeten gaf han sig i skräddarelära, i hvilket yrke han sedan kvarstått. Krafterna hafva sedan år för år aftagit, och muskelsvagheten alt vidare utbredt sig från låren till bålen och öfverarmarna. Underarmarna och händerna samt underbenen och fötterna hafva aldrig varit angripna. Något längre stillestånd i sjukdomens utveckling har han ej iakttagit. Han vet tydligen, att han för 4 till 5 år sedan kunde tämligen lätt utan stöd resa sig från sittande ställning, föra armarna parallelt framåt; i liggande ställning upplyfta och sträcka benen: alt saker som han nu ej kan göra. Sedan denna tid har äfven en lindrigt flekterad ställning i armbågslederna utvecklat sig. Utom den ofvan nämnda hufvudvärken har pat. aldrig haft värk någonstädes i kroppen, aldrig haft fibrillära muskelryckningar, kramp eller kontraktur; inga parestesier, anestesier eller hyperestesier hafva funnits; blåsan och tarmen hafva ständigt funktionerat normalt. Inga trofiska rubbningar i huden. Inga vasomotoriska rubbningar, endast en rödfläckig färgning af huden öfver lårens framsida erinrar han sig hafva funnits någon tid under sjukdomens första skeden. Inga temperaturändringar vare sig allmänna eller lokala, ej häller rubbningar i svettsekretionen hafva förekommit. Någon hjälp för sitt onda har pat. ej sökt sedan vistelsen på Hernösands lasarett, förr än han inkom på Serafimerlasarettet.

Status præsens d. 15 juli 1885.

Pat. är af normal längd med god kroppsbyggnad, betydligt reduceradt hull och muskulatur på de partier, som längre fram skola detaljeradt angifvas. Huden torr, elastisk, utan sår eller några trofiska rubbningar och utan någon missfärgning eller rodnad utom på händerna, där en lindrig cyanotisk färgning iakttages. Synliga slemhinnor af normal rodnad, tungan ej belagd. Intelligensen god, sinnesorganens funktioner normala, ansigtsuttrycket lugnt, visar ej på något djupare lidande. Pat. vistas mestadels uppe, väger 49,72 kilo, har ingen feber, pulsen regelbunden, långsam. Den sjuke klagar ej öfver några

plågor, men är orolig för sin sjukdom och den tilltagande mattigheten. Matlust, sömn, afföring goda, ingen hosta eller andtäppa. Då pat. befinner sig i stående ställning, gör ryggraden en stark kyfotisk krökning i bröstregionen med motsvarande lordos i ländtrakten. En linie dragen lodrätt från den mest utskjutande delen af kyfosen träffar sammanbindningslinien mellan båda hälarnas baksida. Afståndet från nämnda lodlinie till djupaste frambuktningen i lordosen är 11 cm. och till os sacrum 6 cm. En lindrig skolios åt höger förekommer äfven. Skulderbladen utstående, det högra skjuter högre upp än det vänstra. De nedre extremiteterna luta framåt, och bäckenets lutning framåt är starkare än normalt; fötternas ställning normal; armarna något böjda i armbågsleden, ej slapt nedhängande utefter sidorna, hufvudet något framåtlutadt. — Pat. går tämligen ledigt och huru man tillsäger honom samt vänder säkert om än långsamt, antingen ögonen äro öppna eller slutna. Gången är dock mindre fast och bestämd än under normala förhållanden; någon bestämd patologisk gångart förefinnes dock ej. *Den passiva rörligheten* i axelleden något inskränkt, armbågsleden tillåter ej full extension, alla öfriga ledgångar fullt rörliga. *De aktiva rörelserna* i handens, fingrarnes, fotens och hufvudets ledgångar normala; muskelstyrkan i dessa partier god; ansigtsmusklerna normala. Flexion i armbågsleden å båda sidor mycket svag, extension god; supination svagare än pronation; armarna kunna sträckas utåt i nästan horisontalt läge, från denna ställning kunna de endast obetydligt föras bakåt, framåt till ungefär midt emellan sträckning framåt och utåt; föras de längre framåt, sänkas de inåt och nedåt. Vid försök att föra armarna parallelt framåt till ställningen »framåt sträck» kunna de endast höjas något, och detta endast om händerna föras tillsammans. Böjning i knäleden god, sträckning mycket svag. Abduktion i höftleden stark, adduktion ytterst svag. I liggande ställning med abducerade ben kunna dessa ej föras tillsammans utan genom flere komplicerade rörelser; böjning och sträckning i höftleden svaga. Diafragmas rörelser fullt normala. Bålen kan roteras och böjas åt sidorna i stående ställning, men böjningar framåt och bakåt kunna endast ske i sittande ställning. Ur horisontalt ryggläge kan pat. endast obetydligt resa sig, då båda musculi recti skarpt springa fram, men de öfriga bukmusklerna slapt bukta ut sig; vill pat. stiga upp, måste han taga armarna till hjälp, liksom han ej kan intaga liggande ställning utan att med armarna lyfta upp benen. Ur sittande ställning kan han ej häller resa sig utan stöd för händerna.

En mera detaljerad granskning af de särskilda musklerna har gifvit följande resultat:

Atrofi och däraf följande nedsatt funktionsförmåga i mer eller mindre grad kan konstateras i följande muskler: *m. m. pectorales majores*, möjligen också *minores* i hög grad å båda sidor; *cucullaris* i dess nedre partier å båda sidor; *latissimi dorsi* i hög grad; *serrati antici majores*, *rhomboidei; supra-* och *infra-spinati; extensores dorsi communes; bicipites brachii* och *brachiales interni* i hög grad; *tricipites brachii* i mindre grad; *supinatores longi* höggradigt; *obliqui* och *transversi abdominis* betydligt; *glutæi maximi* möjligen äfven öfriga

glutæi; alla muskler å *öfverbenen* mer eller mindre, mest *extensores quadricipites* och *adductores;* mindre *flexores*, minst *sartorii; ileopsoates* svaga.

Normala äro följande muskler: *ansigtets, tungans, svalgets, halsens, händernas, underarmarnas* (utom supinatores longi), *underbenens* och *fötternas muskler* samt *recti abdominis* och *deltoidei.*

Hypertrofi förekommer ej i någon muskel.

De atrofierade musklerna äro delvis slappa, delvis hårda liksom genomdragna af bindväf, m. m. bicipites brachii något retraherade.

Den mekaniska retbarheten i de atrofierade musklerna mer eller mindre nedsatt; fattas fullständigt hos m. m. *bicipites brachii, pectorales majores* och *glutæi maximi.*

Patellarreflexerna tydliga.

Hudsensibiliteten fullkomligt normal i alla dess kvaliteter.

Trofiska förändringar i huden eller bensystemet saknas.

Vasomotoriska rubbningar finnas ej.

Bröstets, bukens organ normala likaså *genitalorganen.*

Urinen fullkomligt normal.

Omfånget af öfverarmen (på midten af m. biceps) på högra sidan 21,0 cm., vänstra sidan 21,0 cm.

Omfånget af underarmen (9 cm. nedanför olecrani spets) höger 22,0 cm., vänster 23,0 cm.

Omfånget af öfverbenen (28 cm. nedanför spina ilei ant. sup.) å båda sidor 26 cm.

Omfånget af underbenen (10 cm. nedanför tub. tibiæ) å båda sidor 33 cm.

Den elektriska undersökningen, verkstäld med så väl faradisk som galvanisk ström på de flesta nerver och muskler, visar endast en nedsättning af retbarheten; ingenstädes ett spår af degenerationsreaktion; öfveralt har katodslutningsryckningen framträdt vid mindre strömstyrka än anodslutningsryckningen; aldrig har någon trög ryckning iakttagits.

Inga *fibrillära muskelryckningar* (endast en gång iakttogs vid afklädning några få ryckningar i m. latissimus dorsi).

Pat. lät d. 6 okt. 1885 utskrifva sig från sjukhuset; någon nämnvärd förändring i hans tillstånd hade ej inträdt.

Till detta fall höra taflorna I och II.

Fall 2. (Egen iakttagelse.) Vårdadt på Serafimerlasarettet d. 4—20 jan. 1886, iakttaget af mig april—nov. 1886; under denna tid upprepade gånger undersökt; demonstreradt i Sv. läkaresällskapet d. 7 sept. 1886. Ur den af kand. OLOF ANDERSON på Serafimerlasarettet förda journalen meddelas följande:

August Svensson (Ekström), 26 år, från Stockholm, skomakare, intogs på kongl. Serafimerlasarettets medicinska klinik d. 4 jan. 1886, utskrefs d. 20 jan. samma år.

Några ärftliga sjukdomsanlag skola ej förefinnas inom pat:s slägt; hans moder lefver och är frisk, fadern dog för 3 år sedan af lungsot. Han har 2 fullväxta systrar, båda friska. Pat. är gift och har haft 2 barn, af hvilka det första dog vid 4 månaders ålder af någon akut

sjukdom, det senare redan vid förlossningen (artificiel förlossning). Själf har pat. åtnjutit särdeles god hälsa och varit stark och kraftig ända till dess hans nuvarande onda började. Han har förut endast haft messling och vattenkoppor, bådadera före sitt 10:de år. Sedan sitt 12:te år har han sysselsatt sig med skomakeriarbete och enligt hans utsago arbetat särdeles ihärdigt, ofta äfven under nätterna, har ej lefvat under dåliga hygieniska förhållanden, förnekar med bestämdhet missbruk af alkohol samt venerisk smitta.

Sin nuvarande sjukdom daterar pat. från sommaren 1882 (han var då 22 år gammal) då han exercerade beväring andra året. Nu märkte han att geväret kändes tyngre än året förut, att han ej kunde handtera det med tillräcklig styrka och hastighet för att följa med kamraterna vid exercisen, samt att han synnerligen hade svårt att från »för fot gevär» göra »hvila gevär». Detta förhållande märktes äfven af befälet, så att pat. efter några dagar befriades från exercisen och fick annan sysselsättning. Svagheten var uteslutande lokaliserad i högra axeln och var ej föregången eller förenad med någon styfhet, värk eller ömhet. — Pat. vet icke als någon anledning till sin sjukdom, han säger sig ej hafva varit utsatt för travmer, öfverdrifvet muskelarbete eller förkylning. Svagheten i högra axeln tilltog härefter småningom, och skulderbladen skola under hösten blifvit alt mera utstående, så att de åtminstone de två sista åren varit det i samma grad som nu. I högra armbågsleden skall styrkan börjat aftaga någon tid senare än i axelleden. Först omkring ett år efter sjukdomens början angreps äfven vänstra armen, och sjukdomen utvecklade sig där på samma sätt som på högra sidan. Först sommaren 1883, således ett år efter sjukdomens början, iakttog han atrofin, då han af andra personer gjordes uppmärksam på den betydliga magerheten å bröst och rygg, hvilken illa stämde öfverens med hans i öfrigt goda hull. Sedan dess skall atrofin jämnt och likformigt hafva tilltagit. Förliden sommar lär svagheten hafva ökats något hastigare än förut, dock kunde han fortfara att arbeta ända till inkomsten på sjukhuset, ehuru ej så ihållande som förut. De två sista månaderna skall pat., då han länge legat på samma sida, stundom känt lindrig värk i motsvarande axel, för öfrigt har han aldrig iakttagit någon ömhet eller smärta i de sjuka musklerna, aldrig någon domning, myrkrypning, ryckning, styfhet eller köldkänsla. I benens och bålens muskler har han aldrig märkt någon svaghet. Pat:s tillstånd har i öfrigt varit godt.

Status præsens d. 7 jan. 1886.

Pat. går uppe och rör sig obehindradt. Han är liten till växten och har ej synnerligen godt hull. Angående muskulaturen hänvisas till den speciela beskrifningen. Här må endast nämnas, att musklerna å skuldrorna och öfverarmarna visa en mer eller mindre långt gången atrofi, samt att denna atrofi intresserar strängt symmetriska partier. Huden något gråblek, i synnerhet i ansigtet, är af normal elasticitet och torrhet. Synliga slemhinnor af normalt utseende. Aptit, afföring och urinering utan anmärkning; sömnen god, intelligensen likaså, sinnesorganen normala, temperatur och puls fysiologiska. Alla

nervösa symptom såsom smärtor, parestesier, anestesier m. m. saknas fullständigt.

Ryggraden särdeles rak, endast en obetydlig konvexitet bakåt i bröstregionen, processus spinosi ganska tydligt markerade, ingenstädes ömhet vid tryck eller vid perkussion. Någon atrofi af ryggens sträckmuskler kan ej konstateras, förmågan af böjning, sträckning och rotation synes ej vara nedsatt. *Skuldrorna* starkt afmagrade, högra axeln stod något lägre än den vänstra, båda skulderbladen med sina mediala ränder betydligt aflägsnade från bröstkorgen, och afståndet tilltar nedåt. Då armarna hänga fritt nedåt befinna sig båda scapulæ på lika afstånd från medellinien. Den *passiva rörligheten* fullt fri i alla ledgångar. Den *aktiva rörligheten* samt rörelsernas styrka äro däremot förändrade i öfverensstämmelse med tillståndet hos de respektive musklerna. Armarna kunna höjas framåt och utåt, dock ej fullt till horisontalt läge; skulderbladen kunna rätt bra höjas och föras mot medellinien ehuru mindre än under normala förhållanden, däremot kunna de ej föras framåt och nedåt. Öfverarmarna kunna endast ofullständigt föras framåt eller tryckas mot sidorna. Böjning i armbågslederna svag, sträckning rätt god. Styrkan i underarmarnas och händernas muskler god; dynamometern visar för högra handen 80, för vänstra 75. Gången fullt normal.

Följande muskler äro mer eller mindre atrofierade symmetriskt å båda sidor: *m. m. pectorales* starkt angripna; *cucullaris* i dess nedre del betydligt atrofisk; *latissimi dorsi*, *serrati ant. majores* nästan fullständigt borta; *rhomboideus dext.* obetydligt; *sin.* betydligt atrofisk; *bicipites* och *brachiales interni* starkt angripna; *tricipites* mindre atrofierade; *supinatores longi* betydligt atrofiska; *adduktorerna* å öfverbenen atrofiska.

Normala äro följande muskler: *ansigtets, underarmarnas* (utom supinatores longi), *händernas, underbenens, fötternas* muskler samt *levatores scapulæ, deltoidei, coracobrachiales, bukens muskler*, jämte *de långa ryggmusklerna*, likaså *musculi supra-* och *infraspinati, subscapulares* och *teretes*.

Ingen muskel är tydligt hypertrofisk.

De atrofierade musklerna äro slappa, men kännas på samma gång något hårda och bindväfsartade, de äro ej ömma för tryck.

Fibrillära muskelryckningar finnas ej.

Hud- och *senreflexer* lifliga.

Sensibiliteten normal i alla dess kvaliteter.

Urinen normal; *inre organ* fullt friska.

Mekaniska retbarheten hos musklerna oförändrad.

Den elektriska retbarheten enkelt nedsatt i de angripna musklerna, svarande ungefärligen mot atrofins grad. Ingenstädes ett spår af degenerationsreaktion. Ryckningsformeln normal, ryckningen snabb. Den speciela undersökningen har gifvit följande resultat:

Musc. pectorales majores:

1. Faradisk ström prim. spir. 10 Stöhrers E: höger 80 mm., vänster 90 mm.
2. Galvanisk ström (Böttcher-Stöhrers galvanometer): höger KS 2 DE —AnS 3,6 DE, vänster KS 3,6 DE—AS 5,2 DE.

Musc. serrat. antici majores:
Ingen reaktion för galvanisk eller faradisk ström.

Musc. cucullaris:
1. Faradisk ström: höger 108 mm., vänster 110 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,3 DE—AnS 2 DE, vänster KS 1,5 DE—AnS 2,5 DE.

Musc. latissimi dorsi:
1. Faradisk ström: höger 80 mm., vänster 85 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 4,5 DE—Ans. 7,2 DE, vänster KS 3,6 DE—AnS 5,7 DE.

Musc. sternocleido-mastoidei:
1. Faradisk ström: höger 115 mm., vänster 115 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 0,5 DE—AnS 1,0 DE, vänster KS 1,0 DE—AnS 1,7 DE.

Musc. deltoidei:
1. Faradisk ström: höger 95 mm., vänster 100 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,5 DE—AnS 2,9 DE, vänster KS 1,3 DE—AnS 2,0 DE.

Musc. bicipites brachii:
1. Faradisk ström: höger 100 mm., vänster 100 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,9 DE—AnS 3,0 DE, vänster KS 2,5 DE—AnS 3,6 DE.

Musc. tricipites brachii:
1. Faradisk ström: höger 85 mm., vänster 90 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,3 DE—AnS 2,3 DE, vänster KS 2,3 DE—AnS 3,6 DE.

Musc. supinatores longi:
1. Faradisk ström: höger 85 mm., vänster 85 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,3 DE—AnS 1,7 DE, vänster KS 1,5 DE—AnS 2,3 DE.

Musc. extensores digitorum:
1. Faradisk ström: höger 95 mm., vänster 95 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,7 DE—AnS 3,0 DE, vänster KS 1,0 DE—AnS 1,7 DE.

Musc. flexores digitorum:
1. Faradisk ström: höger 100 mm., vänster 100 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,0 DE—AnS 1,7 DE, vänster KS 1,3 DE—AnS 3,2 DE.

Musculi manus:
1. Faradisk ström: höger 80—90 mm., vänster 80—90 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 0,5 DE—AnS 1,3 DE, vänster KS 0,5 DE—AnS 1,3 DE.

Patienten behandlades med elektricitet och bad, men han lät redan d. 20 jan. utskrifva sig från lasarettet.

Då den sjuke återkom till sitt hem, fann han snart sitt yrke altför ansträngande, hvarföre han började studera bokhålleri för att skaffa sig sysselsättning med skrifgöromål. Under april månad kom han under min observation, och vid den undersökning, som då verkstäldes, konstaterades det ofvan skildrade tillståndet; något nämnvärdt framsteg hade atrofin ej gjort sedan januari. Sedermera har pat. upprepade gånger undersökts af mig senast i nov. 1886, då äfven fotografering verkstäldes. De vigtigaste resultaten af denna senaste undersökning äro följande:

Status nov. 1886.

I samma skick, som förut angifvits, befunno sig *m. m. pectorales majores*, hvilka äro starkt atrofierade i både de klavikulära och sternala portionerna; möjligen äro äfven *pectorales minores* angripna, vidare *m. cucullaris* starkt angripen i nedre delarna, *latissimi dorsi* och *serrati antici majores* nästan fullständigt borta, *m. rhomboideus dext.* obetydligt, *sinister* starkt atrofisk, *m. m. bicipites* och *brachiales interni* starkt angripna, *tricipites brachii* mindre atrofiska, *supinatores longi* tämligen starkt atrofiska.

Dessutom voro äfven *m. m. levatores anguli scapulæ* och *supraspinati* något atrofiska. På nedre extremiteterna äro endast *adductores* atrofiska.

Normala voro *ansigtets*, *halsens* muskler utom de nämnda, *underarmarnas* (utom supinatores longi), *händernas*, *underbenens* och *fötternas* muskler, *iliopsoates*, de långa *ryggmusklerna*, *sätets* muskler och *bukmusklerna*.

Vid stark sträckning i armbågslederna springa m. m. bicipites fram mycket spända och hindra extensionen i fullt rät linie.

Omfånget af öfverarmen (på midten af biceps) högra sidan 22,0 cm., vänstra sidan 22,0 cm.

Omfånget af underarmen höger 26,0 cm., vänster 26,5 cm.

Omfånget af låret (20 cm. ofvanför patellas spets) högra sidan 39,5 cm., vänstra sidan 39,5 cm.

Omfånget af underbenet (öfver vaden) högra sidan 37,0 cm., vänstra sidan 37,0 cm.

Elektriska undersökningen gaf följande resultat:

A. Nerver. Faradisk ström 10 Stöhrers E i prim. spiralen.

n. n. faciales höger 115 mm., vänster 114 mm.
Erbska klavikularpunkten höger 114 mm., vänster 117 mm.
n. n. radiales höger 112 mm., vänster 112 mm.
» *peronei* höger 112 mm., vänster 111 mm.
» *crurales* höger 103 mm., vänster 102 mm.

B. Muskler.

m. m. bicipites brachii:

1. Faradisk ström: höger 95 mm., vänster 96 mm.
2. Galvanisk ström (ERBS [18] normalelektrod såsom den differenta elektroden; Böttcher-Stöhrers vertikalgalvanometer): höger KS 2,3 DE —AnS 3,5 DE, vänster KS 2,5 DE—AnS 4,0 DE.

m. m. tricepites brachii:

1. Faradisk ström: höger 99 mm., vänster 98 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 2,0 DE—AnS 4,0 DE, vänster KS 2,0 DE—AnS 3,0 DE.

m. m. supinatores longi:

1. Faradisk ström: höger 92 mm., vänster 93 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 2,5 DE—AnS 4,0 DE, vänster KS 3 DE—AnS 4,0 DE.

m. m. deltoidei:

1. Faradisk ström: höger 105 mm., vänster 105 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,5 DE—AnS 3,0 DE, vänster KS 1,5 DE—AnS 3,3 DE.

m. cucullaris öfre främre kanten:

1. Faradisk ström: höger 105 mm., vänster 106 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 1,3 DE—AnS 2,5 DE, vänster KS 1,4 DE—AnS 2,9 DE.

m. cucullaris mellersta delen:

1. Faradisk ström: höger 70 mm., vänster 71 mm.
2. Galvanisk ström: höger KS 3,0 DE—AnS 4,0 DE, vänster KS 3,5 DE—AnS 4,5 DE.

m. cucullaris nedre inre delen:

1. Faradisk ström: höger ingen reaktion, vänster ingen reaktion.
2. Galvanisk ström: höger ingen reaktion, vänster ingen reaktion.

Alla ryckningar snabba; således ej ett spår af degenerationsreaktion.

Till detta fall höra taflorna III och IV.

Att dessa båda fall erbjuda den största öfverensstämmelse sins emellan, torde ingen kunna neka. Alla kliniska fenomen äro ju nästan fullkomligt identiska. Den ringa olikhet, som förefinnes i atrofins utbredning, torde tillfredsställande förklaras genom den omständigheten, att fall 2 befinner sig i ett tidigare skede af sjukdomen än fall 1.

Innan vi öfvergå till en närmare analys af de meddelade sjukdomshistorierna, synes det oss lämpligast att lemna en kort öfversigt af de i den oss tillgängliga literaturen offentliggjorda fall, hvilka fullständigt öfverensstämma med våra egna. Härigenom vinna vi ett betydligt rikare material för diskussionen, rörande den ställning dessa fall intaga i förhållande till öfriga former af progressiv muskelatrofi. Den härtill användbara kasuistiken måste dock snart sagdt uteslutande hemtas ur de allra senaste publikationerna. I starkt sammandragen form meddela vi följande fall:

Fall 3. (Obs. af ERB [14]). Man, 46 år, inga ärftliga anlag, orsak obekant, ej syfilis; vid 15 år svaghet i högra armen, vid 43 år försämring och äfven svaghet i vänstra armen, slutligen äfven i benen. Sinnesorgan och hjärnnerverna fungera normalt.

Följande muskler mer eller mindre atrofiska: *m. m. pectorales majores et minores, cucullaris, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, sacro-lumbales och longissimi dorsi, djupa nackmusklerna, levator ang. scapulæ sin., bicipites och brachiales interni, supinatores longi, tricipites, glutæus dexter, ileopsoates, quadricipites, tensores fasciæ latæ, peroneusområdena* måttligt, *bukmusklerna* svaga, *diafragma* antagligen svag.

Normala, t. o. m. hypertrofiska: *m. m. sternocleidomastoidei, levator anguli scap. dexter, deltoidei* särdeles kraftiga; *infraspinati* hypertrofiska, *teretes coracobrachiales, flexorer och extensorer* på underarmarna normala, utom radialisområdet, som möjligen är något svagare än normalt; *händernas* muskler, *adduktorer* och *flexorer* på låren; *vadmusklerna*. Sensibilitet, patellar- och senreflexer normala; inga fibrillära ryckningar, ingen degenerationsreaktion.

Fall 4. (Obs. af ERB [14]). Järnvägsarbetare, 54 år; inga ärftliga anlag, sjukdomsorsaken obekant, redan före militärtjänsten märkt, att båda öfverarmarna voro svagt utvecklade och att främre bröstträkten alltid varit insjunken, vid 24 år svaghet vid lyftande af bördor, sedermera svaghet i ryggen, i 37:de året smärtor och stark trötthetskänsla i högra öfverarmen vid ringa ansträngning. Sedan 47:de året äfven den vänstra armen angripen.

Atrofierade voro: *m. m. pectorales majores et minores, cucullaris, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, sacrolumbales* och *longissimi dorsi, levator ang. scapulæ dexter, brachiales interni, bicipites brachii, tricipites, supinatores longi, quadricipites* svaga, *tensor fasciæ latæ dexter* svag, *flexorerna* för underbenen svaga, *obliqui* och *transversi abdominis*.

Normala t. o. m. hypertrofiska följande: *m. m. sternocleidomastoidei, deltoidei* hypertrofiska, *supra-* och *infraspinati* likaledes, *coracobrachiales; flexorer* och *extensorer* på underarmen, *de små handmusklerna, ileopsoates, sartorii, peroneus-* och *tibialis-områdena, diafragma*. Hufvud, ansigte, sinnesorgan normala. Hudsensibilitet, hud- och patellarreflexer, normala. Inga fibrillära muskelryckningar, ingen degenerationsreaktion.

Fall 5. (Obs. af ERB [14]). Notarie, 43 år; i första ungdomen *serratusförlamning* och hypertrofi af *deltoideus;* sedan 26—31:sta året tilltagande svaghet i *högra armen* och *benen*, sedan 38—39:de året hastigare försämring. För 2 år sedan förbättring genom galvanisk behandling, sedermera återigen försämring. Sjukdomsorsak obekant. Hufvudet, sinnesorganen, hjärnnerverna fungera normalt.

Atrofierade: *m. m. pectorales majores et minores, cucullaris, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, sacrolumbales* och *longissimi dorsi, bicipites brachii* och *brachiales interni, supinatores*

longi, tricipites brachii, extensores på underarmarna delvis atrofiska, *ileopsoates, cruralis-områdena, peroneus-områdena.*

Normala äro: *m. m. sternocleidomastoidei, deltoidei, supra-* och *infra-spinati*, de tre sista otvifvelaktigt hypertrofiska, *flexorerna å underarmarna*, de små *handmusklerna, glutæi, underbenets böjare, tibialis-områdena; bukmusklerna* något svaga; *diafragma. Hudsensibilitet* normal, *patellar-reflexerna* svaga, inga *fibrillära muskelryckningar*, ingen *degenerationsreaktion.*

Fall 6. (Obs. af ERB [14]). Färgare, 27 år, inga ärftliga anlag, sjukdomsorsaken obekant, vid 18:de året svaghet i högra armen, sedan 22:dra året äfven i vänstra, aldrig smärtor; hufvud, sinnesorgan, hjärnnerver, inre organ normala.

Atrofierade: *m. m. pectorales, cucullaris, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, levator ang. scapulæ dexter, supinatores longi, bicipites brachii* och *brachiales interni, tricipites, högra tibialis anticus* och *adductores dextri* möjligen svaga, likaså de *breda bukmusklerna.*

Normala t. o. m. hypertrofiska: *m. m. sternocleidomastoidei, levator ang. scap. sinister, deltoidei, supra-* och *infra-spinati, subscapulares* och *teretes, coracobrachiales, flexorer* och *extensorer* på underarmarna, de *små handmusklerna, recti abdominis. Hudsensibilitet, hudreflexer* normala. *Patellar-reflexer* lifliga; inga *fibrillära muskelryckningar*, ingen *degenerationsreaktion.*

Fall 7. (Obs. af LANDOUZY och DEJERINE [15]). Man, 19 år, inga hereditära anlag, ingen bekant sjukdomsorsak, vid 16 år svaghet i högra underbenet, strax därefter äfven i vänstra underbenet, samtidigt afmagring, smärtor i underbenen och korset, gången dålig; vid 18 år skuldrorna och öfverarmarna svaga med började atrofi.

Atrofierade voro 1883: *m. m. pectorales majores, cucullaris, rhomboidei, deltoidei* delvis, *bicipites brachii* och *brachiales interni* äfven retraherade, *tricipites, supinatores longi, extensores carpi radiales*, å nedre extremiteterna äro bäckenets, lårens och underbenens muskler mer eller mindre atrofierade, starkast inom *peroneus-områdena.*

Normala äro: *underarmarnas* (utom de nämnda muskl.) och *händernas* samt *ansigtets* muskler; normala likaså *sfinktererna; sensibilitet, patellar-reflexer* normala; 1884 samma muskler atrofierade, nu omnämnas äfven »*le grand dentéle*»; inga *fibrillära muskelryckningar*, ingen *degenerationsreaktion.*

Fall 8. (Obs. af ALESSANDRO MARINA [19]). Man, 22 år, inga hereditära anlag, ej syfilis, ingen antaglig orsak; sjukdomen börjat vid 18 års ålder med atrofi i pectorales och musklerna på högra skuldran.

Atrofierade voro: *m. m. bicipites brachii, brachiales interni, tricipites, pectorales, serrati antici majores;* hårda och fasta, möjligen hypertrofierade voro *deltoidei, coracobrachiales, infraspinati*, öfriga muskler normala. *Inga fibrillära muskelryckningar, ingen degenerationsreak-*

tion. Senreflexer fattas i de öfre, lifliga i de nedre extremiteterna. *Sensibilitet* normal.

Fall 9. (Obs. af ERB[20, 21]). Man, 41 år, ingen hereditet, ej syfilis; vid 34 år fall i ett stenbrott omkr. 60 fot, medvetslös af stöten, frisk efter 10—11 veckor. 1—1½ år senare svaghet i skuldrorna, afmagring i öfverarmarna; sedan 3 år trötthet i benen, afmagring af öfverbenen. Ansigtets muskler, tungan, hjärnan och hjärnnerverna normala.

Atrofierade voro: *m. m. pectorales, cucullaris, rhomboidei, serrati antici majores, latissimi dorsi, bicipites* och *brachiales interni, supinatores longi, tricipites, ryggradssträckarna, lårmusklerna* på vänstra sidan, *glutæi* på högra sidan obetydligt, *tibialis anticus dexter.* — Hypertrofiska: *deltoidei, flexorerna* på högra underarmen, *supra-* och *infraspinati,* möjligen *subscapulares* och *teretes.* — Normala: *levatores scapulæ, sternocleidomastoidei,* öfriga *underarmsmuskler* och alla *handmusklerna, tensores fasciæ, underbenens* och *fötternas* muskler. *Sensibilitet, hudreflexer* normala, *senreflexer* svaga, inga *fibrillära muskelryckningar,* ingen *degenerationsreaktion,* inre organ normala.

Uttagna stycken ur *deltoideus* (hypertrofisk) och ur *biceps brachii* (atrofisk) undersöktes mikroskopiskt. Stycket från deltoideus visade i tvärsnittet nästan alla muskelfibrillerna betydligt hypertrofiska ända till 170 μ, blott få atrofiska, de fleste öfver 100 μ (normala diametern 40—60 μ), de äro i tvärsnittet mera runda än normalt och stå längre från hvarandra, betydlig kärnförökning (6 kärnar på hvar fibrill, normalt 1,8), centralt lagrade kärnar i många fibriller; enskilda fibriller visa äfven former, som tyda på klyfningsprocesser, några visa tydlig vakuolbildning i sitt inre; bindväfven bestämdt ökad med större kärnrikedom; kärlens väggar något förtjockade och kärnrikare, ingen lipomatosis. På längdsnittet fibrillerna betydligt förstorade på bredden, öfvervägande längdstrimmighet, ingenstädes fettig eller kornig degeneration, talrika kärnrader af 10—30 stycken, bindväfven riklig, kärnrik, kärlen förtjockade. Stycket från biceps brachii visade ungefär samma bilder, dock ej så många hypertrofiska men ganska många atrofiska fibriller. Bindväfven ökad, klyfningsbilder, riklig kärnlagring; ingen lipomatosis.

En jämförelse med preparat från m. m. gastrocnemius och infraspinatus från ett fall af infantil psevdohypertrofi visade den största öfverensstämmelse i alt väsendtligt (hypertrofi, atrofi, klyfning, vakuolbildning), bindväfsökningen var dock här betydligt större.

Fall 10. (Obs. af WLADIMIR ROTH[22]). Åkerbruksarbetare; svaghet i ryggen och de nedre extremiteterna vid 26 år (våren 1872), ökades småningom, visade sig äfven i de öfre extremiteterna. Hösten 1873 den karakteristiska bilden af progressiv muskelatrofi, central typ (i denna typ äro enligt förf. musklerna på bålen, skuldrorna, öfverarmarna, sätet och låren atrofierade); under de följande åren utvecklade sig atrofien utan att dock mycket öfverskrida gränserna för sjukdomsprocessens karakteristiska utbredning enligt denna typ. Pat. dog

af phthisis d. 1 maj 1876. Den detaljerade undersökningen af ryggmärgen, förlängda märgen, nervrötterna, nervstammarna, ganglierna och trådarna i sympaticus samt af ganglia intervertebralia angaf intet abnormt. Ryggmärgens stora motoriska ganglieceller voro fullkomligt friska och förefunnos i stort antal. Snitten från ryggmärgen hafva blifvit förevisade flere kompetenta forskare såsom CHARCOT och VULPIAN m. fl. Med afseende på musklernas beskaffenhet vid den anatomiska undersökningen nämnes ingenting i rapporten för den internationela kongressen i Köbenhavn, men MARIE och GUINON [23], hvilka sett en teckning af fallet, och hvilka tyckas hafva haft tillgång till ett meddelande till det ryska medicinska sällskapet i Moskwa, där en utförligare obduktionsberättelse blifvit lemnad, anmärka, att det konstaterats en enkel atrofi af muskelfibrillerna samt en interstitiel skleros med fettinfiltration.

Fall 11. (Obs. af LANDOUZY och DEJERINE [17]). Man, 66 år, inga hereditära anlag, sjukdomen började ungefär vid 20:de året i skuldermusklerna, angrep sedan armarna och senare benen. Atrofierade äro: *skuldrornas* och *öfverarmarnas* muskler, *deltoideus dext.* mindre än *sin.*, m. m. *cucullaris, serrati antici majores, sternocleidomastoidei, supinatores longi, extensores carpi radiales,* öfriga muskler på underarmarna synas ej märkbart atrofierade, likaså händernas muskler måhända med undantag för *abductor brevis dext.* Vidare äro atrofierade *glutæi* , de främre *lårmusklerna* och *peroneusområdet.* Normala äro *ansigtets* muskler, m. m. *supra-* och *infraspinati, diafragma, sfinktererna.* Inga muskler hypertrofierade. *Patellar-reflexer* och *sensibilitet* normala. Inga *fibrillära muskelryckningar,* ingen *degenerationsreaktion.* Patienten afled af phthisis.

Obduktionen visade ryggmärgen, halssympaticus, de främre nervrötterna och muskelnerverna normala. Enkel atrofi af primitivfibrillerna med betydlig kärnförökning. Hypertrofi af några primitivfibriller i vissa muskler; i de starkt atrofierade interstitiel lipomatos utan verklig skleros. Den histologiska undersökningen visade äfven i sådana muskler, som kliniskt synts normala, började förändringar, hit höra m. m. *thenaris* och *interossei, supraspinati* och *subscapulares, orbicularis oris et oculi.*

Ur den äldre literaturen anföra vi endast några få fall, som med största grad af sannolikhet kunna räknas hit.

Fall 12. (Obs. af DUBOIS DE NEUFCHATEL [24]). Åkerbrukare, 18 år; vid 16 år började sjukdomen i vänstra öfverarmen, angrep sedan högra öfverarmen; ett år senare, då atrofin framskridit mycket, spordes smärtor i öfre extremiteternas ledgångar och längs nerverna; orsaken möjligen öfveransträngning. — Atrofierade voro öfverarmarnas muskler, musklerna på bröstkorgens framsida och i *fossæ scapulares deltoidei,* likaledes öfriga muskler, som komma från bröstkorgen och fästa sig på *humerus;* underarmarna mindre afmagrade, händerna kraftiga; *sensibilitet* och temperatur normala.

Duchenne de Boulogne har otvifvelaktigt sett och beskrifvit flere hit hörande fall, men oftast äro beskrifningarna mycket ofullständiga.

Fall 13. (Obs. af Duchenne de Boulogne [25]). Man, 22 år, har förlorat en stor del af *m. m. pectorales et abdominis, cucullaris, serrati antici majores, rhomboideus sin. latissimi dorsi, bicipites brachii, tricipites, deltoideus dexter, supinatores longi, de främre lårmusklerna.* Normala äro *underarmarnas, händernas, underbenens* och *föternas muskler.*

Fall 14. (Obs. af Duchenne de Boulogne [26]). Atrofierade voro *m. m. pectorales, cucullaris* med undantag af klavikularportionerna, *latissimi dorsi, biceps* och *brachialis internus sin., supinatores longi.*

Äfven i Friedreichs stora arbete förekomma flere fall, som antagligen höra hit; ett af de tydligaste är följande:

Fall 15. (Obs. af Friedreich [27], fall XXI). Arbetskarl, 30 år; sjukdomen började i 16:de lefnadsåret utan någon känd orsak med svaghet och afmagring i vänstra öfverarmen, i 20:de året äfven i högra öfverarmen, vid 29 år svaghet och afmagring i benen. Atrofiska voro *m. m. cucullaris* i de nedre partierna, *serrati* och *latissimi dorsi, pectorales majores, deltoidei, bicipites brachii* och *brachiales interni, glutæi* delvis, *öfverbenens* muskler i måttlig grad, *underbenens* delvis, *bukmusklerna, diafragma.* Hypertrofiska *m. m. masseteres, orbicularis oris* (vänstra hälften), *supra-* och *infra-spinati* och *subscapulares.* Normala *underarmarnas, händernas* och *ryggens* långa muskler. Retbarheten för faradisk och galvanisk ström direkt eller indirekt nedsatt men bibehållen i de flesta musklerna; totalt borta i några, hvilka äro starkast atrofierade. *Sensibiliteten* normal, inga *fibrillära muskelryckningar.*

Harpunerade muskelstycken från de hypertrofiska musklerna visade hypertrofiska muskelfibriller med tydlig tvärstrimmighet, ingen ökning af den interstitiela bindväfven; från de atrofiska musklerna få normala fibriller, en del enkelt atrofiska, med tydlig tvärstrimmighet, en del vaxartadt degenererade, en del hypertrofiska; den interstitiela bindväfven öfveralt ökad med fettcellbildning. Patienten dog efter 2 år af akut bronkit med lungödem. Vid sektionen voro hjärnan och de gröfre nerverna normala så väl makro- som mikroskopiskt, men de små intramuskulära nerverna i de atrofiska öfverarmmusklerna visade en kärnrik, interstitiel bindväfshypertrofi. Musklernas förhållande det samma som under lifvet konstaterats, men nu fann man äfven i supinatores longi och de angränsande extensorerna på underarmarna mikroskopiska förändringar.

Genomläser man uppmärksamt ofvan meddelade sjukhistorier, inses tydligen, att de allesammans snart sagdt i de minsta

detaljer noga öfverensstämma med hvarandra, att de sålunda bilda en naturlig grupp med ganska bestämda karakterer. Denna grupp öfverensstämmer med LANDOUZYS och DEJERINES »type scapulo-humeral» och i det väsendtliga med ERBS juvenila form af progressiv muskelatrofi. En närmare analys af de kliniska fenomenen och de befintliga resultaten af den anatomiska undersökningen ger oss en sjukdomsbild, hvars vigtigaste drag äro följande:

a) *Etiologi.*

Det finnes icke uppgifvet i något af de anförda fallen en påtaglig orsak till sjukdomens uppträdande. Ibland har visserligen ett ovanligt strängt muskelarbete förekommit, i ett af våra egna fall redan i mycket unga år, innan ännu muskelsystemet nått sin fulla utveckling, och i DUBOIS' fall antog patienten själf öfveransträngning såsom sjukdomens orsak, men något mera allmängiltigt orsaksmoment kunna vi omöjligen finna häruti. Lika litet äro andra omständigheter såsom bostad, lefnadssätt o. s. v. af någon större betydelse i sjukdomens etiologi. Alla de meddelade fallen tillhöra det manliga könet; MARINAS [28] tredje fall handlar visserligen om en flicka, men symptomen äro altför otydliga, för att vi med säkerhet skulle kunna räkna det hit. Likaledes berättar DUCHENNE [29] om trenne kvinnor, hvilka företedde en möjligen hit hänförlig sjukdomsbild, men beskrifningen är mycket ofullständig. Så mycket torde man kunna säga, att sjukdomen är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Ärftlighet, vare sig direkt eller kollateral, förnekas bestämdt i nästan alla de anförda fallen. Vi vilja dock nämna, att fall förekomma, som mycket noga öfverensstämma med de ofvan anförda, och i hvilka ett hereditärt inflytande synes förekomma. Dessa torde dock rättare anses såsom öfvergångsfall till de hereditära formerna; vi återkomma härtill, då fråga blir om dessa former.

b) *Uppträdande, symptom och förlopp.*

De första symptomen af sjukdomen visa sig i ynglingaåldern vid eller strax efter pubertetens inträdande. Så sent som i det senaste ERBska fallet (fall 9) är ett undantagsförhållande, här skulle möjligen utbrottet kunna sättas i sammanhang med ett trauma. Patienterna klaga först öfver en tilltagande svaghet i armarna, benen eller ryggen. Snart visar

sig i vissa muskler eller muskelgrupper en volumsförminskning, som dock ibland kan nå en ganska betydlig grad, innan patienten märker den eller af andra blir därpå uppmärksamgjord. Har sjukdomen nått en viss grad af utveckling, är denna volumsförminskning eller atrofi på ett mycket bestämdt sätt lokaliserad, hvarifrån vi hemta vigtiga kännemärken till skilnad från de nevrotiska atrofierna. I stort sett är atrofin strängt symmetrisk; visserligen börjar sjukdomen vanligen på ena sidan men ganska snart angripes äfven den andra sidans motsvarande muskler och i ett mera framskridet stadium är skilnaden obetydlig mellan de båda kroppshalfvorna. Atrofin lokaliserar sig i bålen och de delar af extremiteterna, som ligga bålen närmast; de aflägsnaste delarna af extremiteterna samt hufvudet skonas. De angripna partierna sammanhänga med hvarandra; sådana hopp som i den typiska progressiva muskelatrofin gör atrofin ej här. En detaljerad granskning af atrofins lokalisation, som i de meddelade fallen är nästan identisk, ger följande resultat, då sjukdomen nått sin fulla utveckling. Betydligt atrofierade äro m. m. pectorales majores ofta med undantag af deras klavikulära portioner, antagligen äfven i de flesta fall pectorales minores; starkt atrofierade äro nästan alltid latissimi dorsi, serrati antici majores och rhomboidei samt de nedre portionerna af cucullaris, i mindre grad de långa ryggmusklerna samt m. m. sternocleiodomastoidei och levatores anguli scapulæ. Däremot skonas mycket ofta m. m. deltoidei, supra- och infra- [illegible]nati samt subscapulares; esomoftast anföras dessa muskler såsom hypertrofierade. På de öfre extremiteterna angripas starkt m. m. bicipites brachii och brachiales interni, lindrigare tricipites. Nästan konstant träffas supinatores longi starkt angripna, oftast äro de alldeles borta; mindre ofta och i mindre grad atrofiera extensorerna och ännu mera sällan flexorerna på underarmen; m. m. obliqui och transversi abdominis äro ofta atrofierade, men recti hålla sig vanligen oförändrade. Höftmusklerna angripas mera oregelbundet, ibland ileopsoates, mera ofta glutæi. Af öfverbenens muskler angripas vanligast adduktorerna och qvadricipites antingen delvis eller i sin helhet, flexorerna omnämnas sällan. På underbenen är det framför alt peroneus-området, som är utsatt för atrofin. Normala hålla sig vanligen underarmarnas muskler utom supinatores longi samt någon gång de angränsande extensorerna; konstant de små handmusklerna,

likaledes i de flesta fall underbenens muskler utom, såsom nämnts, peroneus-området och alltid fötternas muskler. De öfriga kroppsmusklerna, för så vidt de äro tillgängliga för klinisk iakttagelse, hålla sig oberörda af atrofin framför alt de, som tillhöra någon speciel apparat. Sålunda skonas ögonens rörelsemuskler, tugg-, sväljnings-, fonations- och respirationsmusklerna; endast i två fall omnämnes diafragma såsom angripen. De mimiska musklerna äro alltid normala samt halsens och nackens muskler med ofvan nämnda undantag. Likaledes skonas alltid sfinktererna.

Den skildring, vi nu gifvet öfver atrofins lokalisation, är uteslutande grundad på den kliniska undersökningen. Att denna undersökning ej uppdagar smärre förändringar i musklernas tillstånd, är lätt att inse. Vare sig vi bedöma muskelns volum eller dess funktionsduglighet, råka vi lätt ut för misstag. Muskelns volum måste hafva undergått en icke så obetydlig ändring, innan denna med säkerhet kan uppfattas såsom patologisk, och lika svårt är det att afgöra, om den kraft, hvarmed en bestämd rörelse utföres, är normal eller ej. Tager man vidare i betraktande, att en muskel, hvars kraft genom en begynnande patologisk process blifvit minskad, kan vid utförandet af vissa rörelser i hög grad suppleras af andra muskler, inses lätt, att vid den kliniska undersökningen funktionsrubbningen måste hafva nått en viss grad af utveckling för att med säkerhet kunna uppskattas. Vi få därföre ej tro, att alla de muskler, hvilka kliniskt förefalla normala, också anatomiskt sett äro fullkomligt intakta. Detta se vi tydligen i fall 11, där den kliniska iakttagelsen angaf ansigtets muskler fullt normala, men den anatomiska undersökningen ådagalade en begynnande atrofi i orbicularis oculi et oris. Naturligtvis kan atrofin i dessa muskler vid undersökningen ha nått den grad af utveckling, att den äfven kliniskt manifesterar sig, att den sålunda nått en större utbredning, än hvad vi ofvan skildrat. Detta är äfven händelsen i de fall, hvilka vi komma att något närmare taga i betraktande i följande grupp, hvars nära sammanhang med de förut anförda fallen härigenom tydligt framträder. I flere af de meddelade fallen, särskildt i de af Erb iakttagna, omtalas en hypertrofi af vissa muskler, vanligen af m. m. deltoidei, supra- och infra-spinati och subscapulares. Samma svårigheter, som förefinnas vid bedömandet af ringare grader af atrofi gäller naturligtvis äfven vid afgörandet om en muskel

är i någon mon hypertrofierad, och dessutom torde böra påpekas, att en normal muskel midt ibland atrofierade lätteligen kan tagas för hypertrofisk. Intetdera af våra egna fall visade i någon muskel en tydlig hypertrofi.

De atrofierade musklerna kännas ofta ojämna, knottriga, liksom genomdragna af bindväf, deras kontraktionsförmåga kvarstår, ehuru naturligtvis nedsatt, så länge någon rest af muskelsubstans finnes. Det kan sålunda ej vara tal om någon egentlig pares eller paralysi. — Alla symptom, hvilka kunna tydas såsom beroende på en lesion af nervsystemet, fattas fullständigt. Sålunda omtalas aldrig någon kramp eller kontraktur. En och annan gång omnämnas smärtor i början af sjukdomen vanligen i de angripna musklerna: i ett af våra egna fall föregicks utbrottet af en periodvis uppträdande mycket svår hufvudvärk; men något konstant symptom äro dessa smärtor ej. Alla rubbningar i sensibiliteten saknas fullständigt och ingen anestesi, parestesi eller hyperestesi förekommer. Hudreflexerna tyckes förhålla sig normalt, senreflexerna äro vanligen minskade i de atrofierade musklerna antagligen i förhållande till atrofins grad. De fibrillära muskelryckningarna, som äro så vanliga i de spinala formerna af progressiv muskelatrofi, saknas här alldeles eller förekomma blott i ringa mängd och vid vissa tider, något som äfven kan inträffa, såsom vi veta, under fullt normala förhållanden.

Den elektriska undersökningen har, som bekant, på senaste tiden vunnit stor betydelse för diagnosen af vissa sjukdomar inom nerv- och muskelsystemet. Det är också först på senare tider, som denna undersökning blifvit tillfredsställande utförd med lämpliga instrument och efter fullt vetenskapliga metoder. I dessa metoders utarbetande har ERB inlagt stor förtjänst, och samme forskare har också lemnat de första noggranna upplysningarna om de elektriska reaktionerna vid den progressiva muskelatrofin. Upprepade gånger har han själf och hans lärjungar, bland hvilka vi vilja nämna VIERORDT [30] och GÜNTHER [31], uppvisat förekomsten af den s. k. degenerationsreaktionen vid den typiska, spinala, progressiva muskelatrofin. Visserligen träffar man blott en partiel degenerationsreaktion ibland endast igenkännelig på tröghet i muskelryckningen, och i de flesta fall fordras det ganska stor teknisk färdighet att påvisa den samma, men att ERBs uppgifter äro riktiga, torde vara höjdt öfver alt tvifvel, så mycket mera som

de äfven af andra forskare blifvit konstaterade. I den form af progressiv muskelatrofi, som här närmast intresserar oss, påträffas däremot aldrig degenerationsreaktion vare sig partiel eller komplett, endast en enkel nedsättning af retbarheten så väl för galvanisk som faradisk ström kan påvisas, och denna nedsättning tyckes gå ungefär parallel med graden af atrofi. I de starkast atrofierade musklerna kunna inga ryckningar als framkallas åtminstone med den strömstyrka, som af patienterna kunna fördragas.

Sjukdomens förlopp synes vara ytterst långsamt. Dess progressiva natur är tydlig, men perioder af stillastående under längre eller kortare tid inträda emellanåt. De flesta fallen äro ännu måhända altför kort tid iakttagna, för att vi skola kunna bilda oss en klar föreställning om sjukdomens utveckling. I ett par af de Erbska fallen hade dock 30—35 år förflutit från sjukdomens början, tils patienterna kommo under observation, och i Landouzys och Dejerines fall hade lidandet varat i 46 år, då döden inträdde. Komplikation med bulbärparalysi omtalas ej i något fall. Då, för så vidt man hittils känner, inga för lifvets bestånd oundgängliga organ utom möjligen diafragma angripas, är det väl alltid en komplikation af ett eller annat slag, som afslutar patienternas långa lidande. I de tre fall, som slutade dödligt, berodde den letala utgången på lungaffektioner, i W. Roths och Landouzys och Dejerines fall af phthisis pulmonum, i Friedreichs på bronchitis med lungödem.

c) *Patologisk anatomi, sjukdomens natur.*

Redan på grund af de kliniska fenomenen har denna sjukdomsform betraktats såsom primär myopatisk, och denna åsigt har vunnit stöd af den nära slägtskapen med andra former af progressiv myopati. Det fullgiltiga beviset utgöras af de tre här ofvan meddelade fall, hvilka kommo till obduktion, och bland dessa må i första rummet sättas Landouzys och Dejerines fall, där så väl den kliniska analysen som den patologiskt-anatomiska undersökningen äro omsorgsfullt utförda enligt moderna metoder. Roths fall är i kliniskt hänseende något knapphändigt beskrifvet, och Friedreichs fall hör till de äldre. Dessutom finnas anatomiska undersökningar på intra vitam uttagna muskelstycken. Alla dessa undersökningar hafva ledt till ganska öfverensstämmande resultat. Nervsystemet synes fullkomligt intakt. Så väl Roth som Landouzy och Deje-

RINE funno ryggmärgen, förlängda märgen, de främre nervrötterna, de gröfre nervstammarna, sympaticus och de fina intramuskulära nervgrenarna fullkomligt normala. FRIEDREICH fann ej häller något anmärkningsvärdt inom nervsystemet med undantag af en kärnrik bindväfshypertrofi i de fina nervgrenarna, som gingo till atrofierade muskler på öfverarmen. I musklerna däremot hafva betydliga förändringar påträffats. FRIEDREICH fann muskelfibrillerna dels hypertrofiska, dels atrofiska, dels med bibehållen tvärstrimmighet, dels vaxartadt degenererade och klufna; den interstitiela bindväfven ökad med fettcellsbildning. Äfven i ROTHS fall skall den interstitiela bindväfven hafva varit ökad och infiltrerad med fett. De muskelstycken, som ERB undersökte, visade samma förändringar: muskelfibrillerna voro dels hypertrofiska, dels atrofiska, tvärstrimmigheten var i de flesta fall bibehållen; tecken till vakuolbildning förekom. Vidare konstaterades en ökning i antalet af sarkolemma- och muskelkärnarna, ökning af den interfibrillära bindväfven samt förtjockning af kärlväggarna jämte kärnförökning och fettinfiltration. Samma förändringar omnämnas af LANDOUZY och DEJERINE, i de starkast atrofierade musklerna fans tydlig interstitiel lipomatosis.

De patologiska processer, hvilka bilda grundvalen för de ofvan skildrade kliniska fenomenen, hafva tydligen sitt säte i själfva musklerna och hålla sig där lokaliserade under sjukdomens hela förlopp. De tyckas uppträda primärt i själfva den kontraktila substansen och endast sekundärt utbreda sig till bindväfven och kärlen. Särskildt torde böra påpekas, att lipomatosen uppträder först i ett långt framskridet stadium och i denna nu i fråga varande sjukdomsform spelar en mycket underordnad rol, tvärtemot hvad förhållandet är i en annan form af primär progressiv myopati nämligen i den s. k. psevdohypertrofin. Ökningen af kärnarna så väl i primitivfibrillerna som i den interstitiela bindväfven samt i kärlväggarna talar för processernas irritativa natur.

d) *Diagnos.*

Redan i den ofvan gifna skildringen af etiologi, symptom, förlopp och patologisk anatomi innehållas alla de element, som äro nödvändiga för diagnosen af sjukdomsfall, tillhörande denna typ. En närmare utveckling af differentialdiagnosen gentemot den spinala formen (type Aran-Duchenne) skulle föra oss in

på de nevrotiska atrofierna, hvilka för närvarande ligga utanför vårt ämne. Endast de allra vigtigaste momenten vilja vi här påpeka. Sådana äro sjukdomens uppträdande i ungdomsåren, atrofins centrala lokalisation framför alt i sjukdomens början, de atrofiska musklernas bindväfsartade konsistens och deras icke så sällan förekommande retraktion, det långsamma genom perioder af stillestånd afbrutna förloppet, frånvaron af alla nervösa och specielt alla bulbära symptom, frånvaron af fibrillära muskelryckningar och af degenerationsreaktion. Alla dessa moment utgöra lika många differentialdiagnostiska tecken mellan den primära progressiva myopatins scapulo-humerala typ och den spinala progressiva muskelatrofin (type Aran-Duchenne). Emellertid har Vulpian[64] beskrifvit en »type scapulo-huméral myélopathique», hvilken enligt hans framställning i afseende på tiden för sjukdomens uppträdande och atrofins lokalisation noga öfverensstämmer med vår liknämniga myopatiska typ. Äfven de fibrillära muskelryckningarna skulle ibland fattas och med afseende på förekomsten af degenerationsreaktion påpekar han den stora svårighet, dess påvisande erbjuder i dessa sjukdomsformer i allmänhet. Vulpian kan dock ej, såsom han själf uttryckligen erkänner, genom någon anatomisk undersökning lemna det afgörande beviset för, att en sådan form verkligen existerar. Ej häller meddelar han några sjukdomshistorier, hvadan en klinisk analys ej kan komma i fråga.

e) *Prognos, terapi.*

Redan den omständigheten, att sjukdomen i flere af de meddelade fallen varat särdeles länge, då de först kommo till iakttagelse, dess kvarstående långa tider på samma stadium och dess begränsning till organ, hvilka ej äro absolut nödvändiga för lifvets bestånd, berättiga oss att i det speciela fallet ställa en gynsammare *prognos*, än händelsen är i de nevrotiska, progressiva muskelatrofierna. Huru vida en rationelt planlagd och metodisk utförd behandling, framför alt om den kan komma till användning i sjukdomens tidigaste skeden, i nämnvärd mon kan inverka på prognosen, är ännu omöjligt att säga. Vår erfarenhet på detta område är altför ringa.

Vid behandlingen af till denna sjukdomsform hörande fall kommer väl ännu liksom hittils elektriciteten att intaga främsta rummet bland de medel, som stå till vår disposition. Men då vi nu icke längre anse nervsystemet och specielt ryggmärgen

såsom säte för några patologiska processer, kunna vi lemna å sido den förut ofta nytjade galvaniseringen af ryggen och i stället rikta våra terapevtiska angrepp uteslutande på de sjuka musklerna. ERB tillråder dock fortfarande den vanliga galvanisationen af ryggmärgen jämte den periferiska behandlingen. Anledningen härtill är föreställningen, att de trofiska centra i ryggmärgen möjligen äro lederade, ehuru inga förändringar kunna upptäckas med hittils kända undersökningsmetoder. Några glänsande resultat af den elektriska behandlingen föreligga visserligen ej, men ERB omnämner dock i ett par af sina fall en tydlig förbättring. Våra egna fall blefvo också behandlade med elektricitet, men någon nämnvärd förbättring kunde ej konstateras; behandlingstiden var dock i båda fallen alldeles för kort för att häraf några slutsatser skulle kunna dragas. Däremot har LADAME[32] sett elektriciteten åstadkomma ett bestämdt gynsamt resultat. Det fall, som han behandlade, hör visserligen ej till denna form af progressiv muskelatrofi utan till en mycket nära stående, nämligen LANDOUZYS och DEJERINES »type facio-scapulo-humeral», hvilken vi i det följande skola beröra. Han behandlade de angripna musklerna med galvano-faradisation, hvarvid båda strömmarna infördes genom samma elektroder och hade samma riktning. Anoden placerades på nervstammens point d'élection, och katoden fördes öfver de sjuka muskelmassorna. Vid denna behandlingsmetod bör induktionsströmmens styrka vara sådan, att en medelstark kontraktion framkallas, den galvaniska strömmen kan variera från 3 till 6 à 8 milliampère. Seancerna böra dagligen upprepas och ej öfverskrida en kvarts timme. Efter 2 till 3 månaders daglig elektricitetsbehandling afbrytes denna på en längre eller kortare tid; mellantiden användes till en hafskur, en kallvattenkur eller vistelse i bergsluft, hvarefter elektriciteten återtages. Huru vida denna behandlingsmetod kan visa sig gynsam i ett större antal fall återstår ännu att pröfva; men helt säkert fordras stor uthållighet både hos patienten och läkaren, om ett gynsamt resultat må kunna vinnas.

---

2. *Fall med mera utbredd atrofi.*

I literaturen finnas några fall anförda, som symptomatologiskt och äfven patologiskt-anatomiskt i alt väsendtligt noga

öfverensstämma med föregående grupp. Endast några smärre olikheter i symptomen i synnerhet med afseende på atrofins utbredning förekomma. Två af dem hafva blifvit post mortem omsorgsfullt undersökta, hvarigenom det ådagalagts, att äfven denna grupp tillhör den primära progressiva myopatin. Vi anföra ett af LICHTHEIM, ett af LANGER, ett af MARIE och GUINON, ett af FR. SCHULTZE samt slutligen ett af LANDOUZY och DEJERINE. Ett annat af LANDOUZY och DEJERINE[17], som skulle kunna räknas hit, var kompliceradt med blyförgiftning, hvarigenom det ej är fullt rent.

Fall 16. (Obs. af LICHTHEIM[12]). Tvätterska, 42 år, inga hereditära anlag; vid 27:de året fick hon efter ansträngande arbete häftiga smärtor i högra öfverarmen, smärtorna försvunno dagen därpå, men svaghet kvarstod och ökades småningom; följande år svaghet äfven i högra benet och afmagring på högra öfverarmen; under de senaste 2½ åren afmagring äfven i vänstra armen och benet, fibrillära muskelryckningar skola då funnits; slutligen efter föregående smärtor stark afmagring på högra brösthalfvan. Vid undersökningen voro flere af de mimiska rörelserna borta eller försvagade samt följande muskler atrofierade: m. m. *serrati antici majores*, *supra-spinati*, möjligen äfven *infra-spinati*, främre delen af *deltoidei*, *latissimi dorsi*, nedre delarna af *cucullaris*, *bicipites brachii*, *brachiales interni*, *supinatores longi*, *glutæi*, *flexorerna på öfverbenen*, *flexorerna i höftleden*, *qvadriceps cruris sin.* Normala voro: *tuggmusklerna*, *tungans* och *ögonens* muskler, *tricipites brachii*, *flexorer* och *extensorer* på underarmarna, *händernas*, *underbenens* och *fötternas* muskler. Den *elektriska retbarheten* nedsatt eller upphäfd i de atrofierade musklerna, ingen *degenerationsreaktion*, *hudreflexerna* normala, *patellarreflexen* nedsatt, *sensibilitet* och *sinnesorgan* normala. Pat. dog 3 år senare af phthisis. Vid obduktionen visade sig så väl ryggmärgen som de periferiska nerverna normala. I de starkast atrofierade musklerna funnos inga muskelfibriller, endast fettceller och en tät kärnfattig bindväf. I de mindre atrofierade enkelt atrofiska muskelfibriller, samt dylika där tvärstrimmigheten ej kunde iakttagas, emedan de voro fylda med oregelbundna fettkulor; äfven var bindväfven ökad.

Fall 17. (Obs. af LUDW. LANGER[33]). Ung man, inga hereditära anlag; 18 år gammal föll han i vatten vid skridskoåkning, dära heshet och smärtor i benen, fullt bra efter 6 veckor; 6 månader efter det kalla badet märkte pat., att öfverarmarna och skuldrorna afmagrade, efter ytterligare 3 mån. magrade äfven öfverbenen, snart inträdde en höggradig deformation af ryggraden, atrofin utvecklade sig hastigt, och omkr. 5 år efter badet voro, med undantag af musklerna på händer och fötter, underarmar och underben, alla öfriga skelettmuskler, för så vidt de intra vitam voro tillgängliga för undersökning, mer eller mindre atrofiska, delvis fullkomligt borta. Äfven ansigtsmusklerna voro

angripna, i följd hvaraf den sjukes ansigte hade ett stelt uttryck Elektriska retbarheten nedsatt, delvis försvunnen i de atrofierade musklerna, sensibiliteten normal, inre organ normala.

Fall 18. (Obs. af MARIE och GUINON [23]). Man, 20 år, inga hereditära anlag, svårighet att gå vid 6 års ålder; vid 10 till 12 år gick han på tåspetsarna och föll lätt omkull; vadorna, som redan vid 6 år väckt uppmärksamhet, voro fortfarande stora och fasta; vid 14 år började armarna magra. Vid undersökningen voro ansigtsmusklerna normala utom en ringa svårighet att närma läpparna till hvarandra. Atrofierade voro: *m. m. pectorales majores* utom en del af klavikularportionen, *serrati antici majores, cucullaris* nedre delen, *sacro-lumbales* och *longissimi dorsi, latissimi dorsi, rhomboidei, deltoidei* delvis, *sternocleidomastoidei* något svaga; *bicipites brachii* och *brachiales interni* nästan fullständigt borta, *tricipites brachii, coracobrachiales, supinatores longi,* öfriga muskler på underarmarna något svaga. Lårets muskler alla atrofiska, *adduktorerna* dock i ringa grad. *Glutæi* starkt atrofiska, *recti abdominis* något svaga. Normala: *m. m. supra-* och *infraspinati, levatores ang. scapulæ, teretes, händernas* muskler utom m. m. *inteross. dorsales primi,* som voro minskade till volum. Flere muskler retraherade. *Sensibiliteten* normal, patellarreflexerna borta. Ingen *degenerationsreaktion.*

Fall 19. (Obs. af FRIEDR. SCHULTZE [16]). Man, inga hereditära anlag; 27 år kontusion af underbenen, samma år började underbenen blifva tjockare, samt uppträdde svaghet i nedre extremiteterna och afmagring af armarnas och händernas muskler. Fibrillära muskelryckningar lära funnits i armmusklerna. Vid 29 år undersökning af FRIEDREICH: hjärna, hjärnnerver, sensibilitet normala; atrofierade: m. m. *pectorales,* musklerna på *ryggen, skulderbladen* och *öfverarmarna, underarmarnas* och *händernas* muskler; nedre extremiteternas muskulatur atletisk och kraftig. Vid 30 år volumsförökning af båda *deltoidei* och ökning i deras kraft, de förut hypertrofiska musklerna hade aftagit i volum, snart aftogo äfven *deltoidei* i kraft och volum. Vid 34 år lipomatosis i vissa muskler; vid 45 år vid elektrisk undersökning endast nedsättning af retbarheten. Vid 47 år undersökning af ERB. Atrofin ytterligare framskridit: öfre extremiteternas alla muskler atrofiska, likaså musklerna på skulderbladen och ryggen. *Diafragmas* rörelser svaga, af *bukmusklerna* sammandraga sig blott *recti* i sina öfre knippen kraftigt. *Höftens, sätets* och *lårens* muskler atrofiska. *Underbenens* muskler hårda och fasta, *peronei* svaga; *ansigtets* muskler intakta, *senreflexer* fattas, *sensibiliteten* normal, inga *fibrillära ryckningar,* inga *smärtor. Elektriska retbarheten* nedsatt. *Degenerationsreaktion* (AnS > KS, trög) i m. m. *deltoidei* och *interossei* I. & IV. *dextri* och i *thenar dext.* samt i *vänstra peroneusområdet.* Död vid 49 år af diafragmainsufficiens utan alla bulbära symptom. Vid obduktionen befans nervsystemet till alla delar fullkomligt intakt. Af musklerna voro makroskopiskt endast larynxmusklerna, facialis- och hypoglossus-området, m. interosseus metacarpi ext. IV dexter, fötternas muskler och de djupa

nackmusklerna intakta. Vid mikroskopisk undersökning visade sig äfven ansigtsmusklerna och de djupa nackmusklerna angripna. De starkt atrofierade musklerna visade hypertrofi och atrofi af fibrillerna, klyfningar, kärnförökning, vakuolbildning (fibrillerna liksom genomborrade af runda hål på flere ställen), artererna och venerna förtjockade, bindväfven ökad med insprängda fettceller i olika mängder. Tvärstrimmigheten i allmänhet bibehållen, på vissa ställen äfven längdstrimmighet. I de mindre atrofierade musklerna ingen ökning af bindväfven, däremot hypertrofiska muskelfibriller, kärnförökning och vakuolbildning.

Fall 20. (Obs. af LANDOUZY och DEJERINE[34]). Man, 45 år, inga hereditära anlag; vid 40 år afmagring af skuldrorna i sammanhang med några lätt öfvergående smärtor; vid 41 år atrofin gjort stora framsteg; slutligen angreps äfven ansigtsmuskulaturen. Vid undersökningen voro atrofierade: m. m. *pectorales majores, bicipites et tricipites brachii,* de förra något retraherade; *rhomboidei, deltoidei, supinatores longi, extensorerna* och *flexorerna* på underarmarna delvis angripna; händernas alla rörelser normala. Vidare äro atrofierade: m. m. *cucullaris, sternocleidomastoidei* obetydligt, *glutæi, quadricipites femoris, peroneusområdena;* dessutom visa *ansigtsmusklerna* tydliga funktionsrubbningar (facies myopatique), *sensibiliteten* normal, *senreflexer* finnas, inga *fibrillära muskelryckningar,* ingen muskel hypertrofierad. Enkel nedsättning af den elektriska retbarheten utom i flexorerna på högra underarmen (KS = AnS) och i högra cucullaris (KS < AnS).

Dessa 5 senaste i mycket sammanträngd form refererade fall visa tydligen den största öfverensstämmelse med dem, som bilda vår första grupp. Vissa olikheter förekomma också, dock tyckas dessa ej så mycket bestå i uppträdandet af nya symptom som icke mera uti en större intensitet hos dem, som vi redan i förra gruppen lärt känna. I LICHTHEIMS fall talas om ganska lifliga smärtor såsom inledande atrofin; de tyckas dock rätt fort hafva upphört. Därom nämnes äfven något i LANDOUZYS och DEJERINES fall. LANGERS fall utmärkte sig för en särdeles hastig utveckling af atrofin, hvilken på den korta tiden af några månader utbredde sig öfver största delen af skelettmuskulaturen men höll sig sedermera tämligen stationär. MARIES och GUINONS fall erinrar mycket om psevdohypertrofin, och det anmärkes, att patientens vador redan vid 6 års ålder väckt uppmärksamhet. Sjukdomen tyckes hafva börjat i den tidiga barndomen; emellertid förekommo inga hypertrofier, då pat. kom under klinisk iakttagelse. Äfven i SCHULTZES fall voro vadorna i början starkt utvecklade, och sedermera talas om hypertrofi af vissa muskler, hvilka längre fram uppgifvas bestämdt såsom lipomatösa. Såsom etiologiskt moment skulle

man möjligen i LICHTHEIMS fall kunna betrakta ansträngande arbete, i LANGERS det ofrivilliga kalla badet, i SCHULTZES ett travma. I alla 5 fallen voro ansigtsmusklerna mer eller mindre angripna, i SCHULTZES fall så obetydligt, att först den anatomiska undersökningen ådagalade deras början de atrofi; i LANDOUZYS och DEJERINES fall hade på senaste tiden tillkommit atrofi af ansigtsmuskulaturen, på grund hvaraf dessa författare hänföra fallet till deras »type facio-scapulo-huméral». I tvänne af dessa fall förekom i några få muskler tydlig degenerationsreaktion, nämligen i SCHULTZES fall i sjukdomens senaste skede samt i LANDOUZYS och D:s fall, dock nämna dessa senare författare ingenting om ryckningens form. I det ena af de två fall, som slutade dödligt, berodde den letala utgången på phthisis, i det andra på självfva atrofin, som här angrep diafragma, så att respirationsakten stördes. Äfven på extremiteterna, i synnerhet på de öfre, hade atrofin i SCHULTZES fall nått en större utbredning, än hvad händelsen är i vår första grupp. I detta fall voro redan tidigt de små handmusklerna angripna. Men frånsedt dessa påpekade olikheter öfverensstämma denna senare gruppens fall på det noggrannaste med den förras. Ingen hereditet kan påvisas, inga sensibilitetsrubbningar, inga fibrillära muskelryckningar under observationstiden, enkel nedsättning af den elektriska retbarheten med ofvan nämnda undantag, samma hufvudsakliga lokalisation af atrofin framför alt vid dess första framträdande, och slutligen samma resultat af den anatomiska undersökningen i de två fall, som kommo till sektion. Ingen påvisbar förändring i det centrala eller periferiska nervsystemet, och i musklerna samma patologiska prosesser, som påvisats i de af den första gruppens fall, som varit föremål för anatomisk undersökning.

Af hvad nu blifvit anfördt framgår otvifvelaktigt, att dessa båda grupper af fall stå hvarandra mycket nära, endast några smärre kliniska olikheter förefinnas; det har därföre synts oss lämpligt att förena dem under en gemensam benämning, hvarvid vi bibehållit det af ERB begagnade uttrycket: den juvenila formen (af den primära progressiva myopatin). Dock vilja vi anmärka, att ERB i sin juvenila form upptager fall, som otvifvelaktigt rättare rubricerats såsom tillhörande LEYDENS hereditära form och psevdohypertrofin, i fall dessa benämningar böra bibehållas såsom uttryck för olika kliniska former. Men vår andra grupp visar också en nära slägtskap med öfriga former

af den primära progressiva myopatin. Vi hafva redan anmärkt, att MARIES och GUINONS fall erinrar om psevdohypertrofin och LANDOUZYS och D:s fall är ett tydligt öfvergångsfall till dessa senare författares »type facio-scapulo huméral».

Hela den juvenila formen öfvergår sålunda med obestämda gränser i den primära progressiva myopatins öfriga kliniska former. Att ytterligare framhålla detta nära samband är ändamålet med den korta öfversigt vi nu gå att lemna öfver LANDOUZYS och D:s »type facio-scapulo huméral», LEYDENS hereditära form samt psevdohypertrofin.

B. Hereditära former.

1. *Atrophie musculaire progressive de l'enfance* (DUCHENNE DE BOULOGNE); *forme infantile héréditaire de Duchenne* (MARIE och GUINON); *myopathie atrophique progressive, type facio-scapulo huméral* (LANDOUZY och DEJERINE).

Vid sidan af den vanliga progressiva muskelatrofin skildrade redan DUCHENNE DE BOULOGNE[35] en särskild form, som började i barnaåren, angrep först ansigtets muskler och kunde här förblifva stationär under åratal, utbredde sig sedermera till öfre extremiteternas och bålens samt möjligen äfven till nedre extremiteternas muskler, och hvilken form i det stora flertalet af fall uppträdde hos flere individer af samma familj. Oaktadt DUCHENNE framhöll bestämda karakterer, hvarigenom denna form skiljer sig från den analoga sjukdomsformen hos fullväxta, omnämnes den ej af följande forskare förr än 1874, då LANDOUZY[36] offentliggjorde tvänne kliniska iakttagelser af i fråga varande typ. I Tyskland tyckes den varit fullkomligt obekant, hvadan MOEBIUS[37] ännu 1884 betecknade den såsom »mytisk» och ERB i sitt samma år utkomna arbete ej med ett ord omnämner den samma. Men nämnda år offentliggjorde LANDOUZY och DEJERINE den anatomiska undersökningen af ett hit hörande fall och strax därefter en utförlig *monografi*[15] öfver i fråga varande sjukdom. Materialet för denna framställning är hemtadt från tvänne familjer. I den ena kunde författarne iakttaga fadern, 2 söner och 1 dotter, och dessutom kunde konstateras, att en äldre dotter, som redan aflidit i lungsot, sedan barndomen varit behäftad med samma lidande, samt att ytterligare i flere föregående slägtled sjukdomen före-

kommit. I den andra familjen iakttogs tvänne bröder. Fallet I, beträffande fadern i den först omnämnda familjen, skiljer sig från de öfriga därutinnan, att sjukdomen började först i pat:s 26:te år och angrep då vänstra axelns och högra öfverarmens muskulatur; sedermera fortskred atrofin i de öfre extremiteternas och bålens muskler, och först i 32:dra året träffades äfven ansigtsmusklerna. Vid undersökningen var patienten 52 år. Hos alla de öfriga uppträdde sjukdomen redan i barnaåren och angrep alltid först ansigtets muskulatur. Atrofin träffade facialisområdet i dess helhet, hvarigenom en högst karakteristisk ansigtsmask uppstod, hvilken af förff. utförligt skildras. När sedermera atrofin öfvergick på den öfriga kroppsmuskulaturen, angrepos först och företrädesvis bålens och öfverarmarnas muskler med ungefär samma utbredning, som tillhör den juvenila formen. Äfven de nedre extremiteterna angrepos, ehuru i mindre grad. Såsom ett vigtigt tecken framhålles, att några af de atrofierade musklerna i synnerhet biceps brachii voro retraherade. De till de speciela apparaterna hörande musklerna skonades. Ingen hypertrofi kunde konstateras. Inga fibrillära muskelryckningar, ingen rubbning af sensibiliteten förekom. Senreflexerna försvunno ibland ganska tidigt, i allmänhet dock först sedan atrofin nått en hög grad. Den elektriska undersökningen angaf endast en mot atrofins grad svarande nedsättning af retbarheten. Blott i ett fall funno förff. i musc. deltoideus dext. KaS = AnS; ryckningens form omnämnes ej. Ett af de meddelade fallen slutade dödligt och blef föremål för en omsorgsfull anatomisk undersökning. Härvid visade sig ryggmärgen, de främre nervrötterna, de större nervstammarna samt de fina intramuskulära nervgrenarna fria från alla patologiska förändringar. I de atrofierade musklerna fans enkel atrofi af muskelfibrillerna utan någon kärnförökning; ringa grad af bindväfsökning och fettinfiltration. I Tyskland hade emellertid E. REMAK [38] 1884 offentliggjort ett hit hörande fall, i hvilket familjeanlag likaledes funnos. Patienten var en 32-årig köpman, hos hvilken sjukdomen börjat smygande utan alla smärtor redan i ungdomen med atrofi i skulder- och armmuskulaturen, sedan hade äfven ansigtsmuskulaturen angripits, så att han sedan 3 år ej kunnat sluta ögonen; slutligen hade afmagring af vänstra låret tillkommit. Äfven här påpekas den egendomliga ansigtsmasken, som uppstår genom atrofin af facialisområdets muskler. Likaledes voro bålens och öfverarmarnas

muskler atrofiska, på underarmarna m. m. supinatores longi fullständigt borta och extensorerna afmagrade. Händernas muskler normala. Inga fibrillära muskelryckningar, ingen degenerationsreaktion. — Året därpå anföres ett fall af MOSSDORF.[39] En 33-årig dräng, i hvars slägt ingen dylik sjukdom förekommit, hade sedan 18:de året försport trötthet i ryggen och armarna, i 28:de året större svårighet att gå; att ansigtet var angripet fick han först veta vid undersökningen. Härvid voro atrofierade m. m. pectorales, bicipites brachii, brachiales interni, tricipites, cucullaris i nedre delarna, latissimi dorsi, rhomboidei serrati antici majores, deltoidei, supinatores longi; underarmarna i öfrigt normala, å händerna voro endast m. m. interossei externi primi atrofierade; vidare glutæi, qvadricipites och tibiales antici; ansigtsmusklerna voro tydligen magrare på högra sidan än på den vänstra. Inga fibrillära ryckningar, ingen degenerationsreaktion. — Af MARIE och GUINON offentliggjordes samma år under rubriken »forme infantile héréditaire de Duchenne» 4 fall, nämligen fader och dotter samt fader och son, hvilka i alt väsentligt öfverensstämma med den af LANDOUZY och DEJERINE tecknade bilden. — Ett fall meddelas af KRESKE 1886. En 10-årig gosse utan nevropatiska anlag hade redan som litet barn en »allvarlig min», sedan 3—4:de året kunde han ej sluta ögonen, sedan 8:de året svaghet i extremiteterna och sedan flere månader stark afmagring af dem. Vid undersökningen voro alla af n. facicalis innerverade muskler förlamade, vidare voro atrofierade m. m. cucullaris, pectorales, deltoidei, serrati antici majores, öfverarmarnas muskler och supinatores longi, bukmusklerna fullständigt, sacrolumbales delvis. De nedre extremiteterna utan atrofi. Inga fibrillära muskelryckningar, ingen degenerationsreaktion, inga sensibilitetsrubbningar, knäfenomenet borta å båda sidor. Ingen muskel hypertrofisk. — Efter att redan 1885 i Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin[41] hafva förevisat ett hit hörande fall offentliggör WESTPHAL[42] 1886 en uppsats, där fullständig redogörelse lemnas för samma fall och tvänne andra. Patienterna voro 2 systrar och en dotter till den ena. De två senare fallen öfverensstämde i det väsentliga med förut offentliggjorda fall, det första erbjöd vissa olikheter, som äro värda att beakta. I detta fall voro glutæerna samt deltoidei jämte några andra muskler tydligt hypertrofierade; af atrofi, volumförminskning, förekom ej mycket men betydliga funktionsrubbningar i alla de muskler,

som i vanliga fall äro minskade till sin volum. Någon hypertrofi har ej af föregående författare omnämnts, LANDOUZY och DEJERINE hafva uttryckligen förnekat den samma. Undersökningen af ett ur venstra deltoideus uttaget stycke visade primitivfribillerna normalt tvärstrimmiga och högst betydligt förstorade på bredden ända till 203 μ., inga atrofiska eller ens normalt breda fibriller, ingen förökning af den interstitiela bindväfven eller af fettväfnaden. På några tvärsnitt relatift talrika sarkolemmakärnar. — Nyligen har LADAME [32] offentliggjort ett typiskt hit hörande fall. En 20-årig ung man med hereditära anlag började vid 12 år att känna trötthet i musklerna, och året därpå upptäcktes en felaktig ställning af högra axelbladet, efter ytterligare ett år konstaterades atrofi af åtskilliga muskler; atrofin i ansigtet hade passerat oanmärkt af en hel hop läkare, som patienten konsulterat, men enligt meddelande af hans familj synes den dock hafva föregått den öfriga atrofin. Vid undersökningen befans atrofin fullständigt öfverensstämma med den af LANDOUZY och DEJERINE gifna beskrifningen, och äfven i afseende på öfriga kliniska fenomen var likheten slående. Den omsorgsfullt utförda elektriska undersökningen angaf ej ett spår af degenerationsreaktion. — Slutligen hafva LANDOUZY och DEJERINE [17] ytterligare offentliggjort 3 fall af denna sjukdomsform, i två exkvisit ärftlighet, i ett fattas den. De två första fallen företedde den klassiska bilden af författarnes »type facio-scapulo-humeral», i det sista fallet var atrofin mera utbredd än vanligt, och betydliga retraktioner i musklerna hade bildat sig, hvarigenom såväl i de öfre som de undre extremiteterna felaktiga ställningar uppkommit. Oaktadt atrofin i andra fallet på bålen och öfverarmarne blott befann sig i sin första början, var i vänstra underarmens flexorer KaS = AnS; om ryckningens form nämnes ingenting, sålunda en mycket tvifvelaktig degenerationsreaktion. I ansigtsmuskulaturen, där atrofin hade fortskridit betydligt längre, konstaterades i orbicularis oris KaS < AnS. I de båda andra fallen fans ingen degenerationsreaktion. Det tredje fallet hade såsom barn 18 år förut blifvit undersökt af DUCHENNE och redan af honom diagnostiserats såsom tillhörande hans »atrophie musculaire progressive de l'enfance».

Vi hafva tämligen utförligt redogjort för nästan alla de fall af denna sjukdomsform, som hittils blifvit offentliggjorda dels på den grund, att de ännu äro jämförelsevis ganska få, men däremot

snart sagt allesammans från klinisk synpunkt särdeles noggrant undersökta, och ett af dem äfven åtföljdt af en mycket detaljerad obduktionsberättelse, dels emedan de erbjuda i alt väsendtligt en slående likhet med vår första och andra grupp, med den s. k. juvenila formen. De kliniska egendomligheter, som tillhöra den facio-scapulo-humerala typen äro först och främst atrofins initiala lokalisation i ansigtsmusklerna och dess uppträdande redan i första barndomen. Den första förändringen är vanligen oförmåga att sluta ögonen samt ett egendomligt ansigtsuttryck »facies myopathique». Detta kan dock vara så föga framträdande, att dess patologiska natur undgått patientens uppmärksamhet (MOSSDORF och LANDOUZY och D.) eller läkarens observation (LADAME), om ej denna specielt riktats på den samma. Herediteten är vidare konstaterad i nästan alla fall; sjukdomens förekomst har ibland kunnat följas genom flere generationer, ibland har endast tvänne syskon företett symptom af den samma. Atrofin i bålens och extremiteternas muskler följer först många år, efter det ansigtsmusklerna angripits, men ibland kan tidsföljden vara omvänd. I LANDOUZYS och DEJERINES första fall angrepos först skuldergördelns och de öfre extremiternas muskler, och flere år senare tillkom ansigtsatrofin. I sitt första stadium skulle sålunda detta fall kunnat räknas till vår första grupp, i andra stadiet till vår andra grupp, och slutligen genom kännedomen om patientens slägtförhållanden inordnas det i den af de nämnde författarne beskrifna sjukdomsformen. I öfrigt öfverensstämmer denna form fullständigt med den juvenila formen. Atrofins lokalisation, förhållandet med de fibrillära muskelryckningarna med reflexerna, med sensibiliteten, med de elektriska reaktionerna, och slutligen resultaten af den patologiskt anatomiska undersökningen äro väsentligen de samma. Med afseende på den elektriska undersökningen vilja vi påpeka, att degenerationsreaktion förekom ehuru något tvifvelaktig i två fall, i ett par muskler i hvarje. Äfven i vår andra grupp har degenerationsreaktion blifvit konstaterad. LANDOUZY och DEJERINE förneka förekomsten af hypertrofi vare sig falsk eller äkta i någon muskel, i WESTPHALS första fall förekom dock en verklig hypertrofi af några få muskler, ett förhållande, som, åtminstone enligt ERBS uppgifter, förekommer i den juvenila formen. Äfven sjukdomens förlopp öfverensstämmer med hvad vi förut skildrat. Ytterst långsamt skrider den patologiska processen

framåt, och äfven här var det i det fall, som slutade dödligt, en komplicerande phthisis, som medförde den dödliga utgången.

2. LEYDENS *hereditära form.*

I sin handbok »Klinik der Rückenmarkskrankheiten» har som bekant LEYDEN [10] afskiljt från den vanliga progressiva muskelatrofin en särskild form, hvars förnämsta kännemärken äro ärftligheten och atrofins särskilda lokalisation. Det material, hvarpå han grundat sin uppfattning, har han hemtat dels från äldre publikationer af FRIEDREICH, EULENBURG m. fl. dels från egen observation. Flere medlemmar af en familj angripas af sjukdomen, utan att någon tydlig individuel orsak kan uppvisas. Företrädesvis de manliga medlemmarne insjukna, och detta sker vanligen i de senare barnaåren. Dock började sjukdomen i den observation, som han meddelar i sin handbok, hos den ene brodern vid 28 hos den andre vid 30 års ålder. Det första symptomet är svaghet i korset och de nedre extremiteterna, flere år senare angripas skuldrorna och de öfre extremiteterna. Till svagheten kommer atrofi, som dock ej alltid är tydlig, alldenstund den i bland kan kompenseras af stark fettutveckling. I hans eget fall voro vadorna kolossalt utvecklade men kraftiga och fasta. LEYDEN yttrar sig ej med bestämdhet om sjukdomens natur men antager FRIEDREICHS lära om en primär myopati såsom den sannolikaste på grund såväl af symptomen som af de af MERYON och FRIEDREICH gjorda anatomiska undersökningarna. Att denna sjukdom står i ett nära slägtskap med psevdohypertrofin antydes af LEYDEN och utvecklas ytterligare af MOEBIUS [11], och likaledes framhålles herediteten såsom ett utmärkande kännetecken på de primärt myopatiska formerna i motsats till den spinala progressiva muskelatrofien, där ärftligheten saknas trots CHARCOTS motsatta åsigt [1]). Den af LEYDEN uppstälda symptomatologin visade sig dock snart alldeles för trång för att kunna omfatta alla hit hörande fall. Redan flere år, innan LEYDENS bok utkom, hade BARSICKOW [44] offentliggjort ett arbete, i hvilket redogöres för 24 fall af denna sjukdom, fördelade på två familjer. Hos medlemmarna af den ena familjen var atrofin lokaliserad i ben- och ryggmusklerna sålunda i öfverensstämmelse med

---

[1]) Att ärftligheten förekommer i vissa nevrotiska atrofier tyckes framgå af ett senare arbete af CHARCOT och MARIE [43].

Leydens beskrifning utom hos en medlem, som visade rygg- och armmusklerna angripna. Inom den andra familjen voro visserligen benens muskler atrofierade och dessa uteslutande hos somliga medlemmar, hos andra återigen afficierades först armarnas muskler och först senare benmusklerna. Ingen yttre förnimbar hypertrofi kunde konstateras, men i utskurna muskelstycken funnos hypertrofierade muskelfibriller (ända till 148 μ). — Senare (1884) har Zimmerlin[45] offentliggjort ett intressant arbete, omfattande 7 fall ur 2 familjer. Familjen Loosli bestod af föräldrarna och 10 barn; fadern led af phthisis, modern och 6 af barnen voro friska, 2 systrar och 2 bröder voro sjuka. Dessa angrepos af sjukdomen strax efter puberteten (mellan det 18:de och 23 lefnadsåret); atrofin var lokaliserad i bålens, skuldergördelns och öfverarmarnas muskulatur; underarmarnas muskler med undantag af supinatores longi och extensorerna voro fria, likaså händernas och de nedre extremiteternas muskler. Lipomatosis, fibrillära muskelryckningar och alla sensibilitetsrubbningar fattades. Tydlig degenerationsreaktion i m. m. pectorales majores fans i ett fall. Familjen Schumacher bestod af föräldrarna, hvilka voro friska, samt 6 lefvande barn, af hvilka 3 bröder ledo af progressiv muskelatrofi; 3 systrar voro friska. De två yngre bröderna, vid undersökningen respektive 22 och 39 år, visade en sjukdomsbild, som i alt väsendtligt öfverensstämde med de 4 syskonen Loosli, utom att de första symptomen af sjukdomen visat sig något tidigare nämligen vid respektive 13 och 15 år. En särskild ställning intog den äldsta brodern, 42 år gammal, hos hvilken sjukdomen börjat redan i sjunde lefnadsåret med svaghet och atrofi i ländens och de nedre extremiteternas muskler och först senare angripit äfven bålens och de öfre extremiteternas ja till och med ansigtets muskulatur. Äfven händernas små muskler voro atrofierade. Frånser man herediteten skulle detta fall kunna hänföras till vår andra grupp. — Äfven Erb meddelar i sitt ofta anförde arbete tvänne dylika familjegrupper nämligen 2 systrar, 34 och 38 år gamla, hos hvilka sjukdomen börjat i respektive 16:de och 7—9:de lefnadsåret och 3 bröder, hvilka angripits af sjukdomen i 4—6:te året. Hos alla dessa fans atrofi och svaghet i bålens och öfverarmarnas samt benens muskler, inga sensibilitetsrubbningar, inga fibrillära muskelryckningar, ingen degenerationsreaktion. Äfven Erbs fall 5, hvilket anföres som ett typiskt fall af juvenil muskelatrofi, kan

med lika stort skäl räknas hit, alldenstund en äldre broder också led af samma sjukdom.

Den nära öfverensstämmelse alla dessa fall visa är påtaglig. Sådana differenser, som sjukdomens början i barndoms- eller ungdomsåren, atrofins uppträdande först i de nedre extremiteterna och senare i de öfre eller tvärtom, äro tydligen af mindre vigt, allrahälst som ju exempel förekommit på dessa båda begynnelselokalisationer i samma familjegrupp. Bilda sålunda dessa fall tillsammans en form af progressiv muskelatrofi, som vi med LEYDEN kunna kalla den hereditära, härvid ihogkommande, dels att äfven andra former äro hereditära, dels att den LEYDENska symptomatologin måste, hvad atrofien beträffar, betydligt utvidgas, så sammanhänger dock denna form ganska nära med andra primära myopatier. Den nära slägtskapen med psevdohypertrofin har redan påpekats. Ett ytterligare stöd härför ger RUSSELS [46] andra fall. Detta handlar om en 10-årig gosse ur en familj, i hvilken muskellidanden i eminent grad voro ärftliga på moderns sida. Den nämnde patienten företedde en typisk bild af psevdohypertrofi, som börjat med svaghet i benen vid 3—4 års ålder. Men 2 äldre bröder hade dött af muskelatrofi, som börjat i armarna vid respektive 4 och 9 års ålder. Hos dessa hade ej någon hypertrofi under någon period af sjukdomen iakttagits hvarför de med lika stor rätt kunna räknas till LEYDENS hereditära form. Samma förhållande träffa vi i tvänne af MIDDLETON [47] beskrifna fall. En familj M. bestod af fader och moder, båda friska, samt 6 lefvande barn, af hvilka 4 voro friska, men 2 ledo af muskelsjukdom. Thomas, 11 år, visade endast atrofi, som dock var utbredd öfver hela kroppsmuskulaturen, ingenstädes ett spår af hypertrofi; Francis, 9 år, företedde en typisk bild af psevdohypertrofi. Att den hereditära muskelatrofin nära sammanhänger med den juvenila formen är tydligt. Symptomatologin är i många fall fullkomligt den samma. Detta har ERB redan framhållit och såsom bevis för sin åsigt meddeladt de två af oss redan omnämnda familjegrupperna. ZIMMERLINS sista fall öfverensstämmer ganska noga, hvad atrofins utbredning och öfriga symptom beträffar, med vår andra grupp. Den vigtigaste olikheten ligger uti herediteten och symptomens uppträdande i allmänhet vid mycket yngre år. Denna sista anmärkning gäller i stort taget om alla de hereditära formerna.

3. *Pseudohypertrophia muscularis.*

Det ingår ingalunda i vår plan att lemna en uttömmande skildring af denna numera ganska väl kända sjukdomsform. Vår afsigt är endast att framhålla dess nära slägtskap med de förut afhandlade formerna af primär progressiv myopati. Äfven här är atrofin af den kontraktila substansen väsendtligen bestämmande för sjukdomens karakter; den volumsförstoring som vissa muskler visa för den yttre iakttagelsen, måste vi betrakta såsom ett mera tillfälligt symptom. Hand i hand med den kontraktila substansens försvinnande löper aftagandet i motorisk kraft. Detta har också framhållits af olika författare. Sålunda säger Duchenne [48], att »denna sjukdom hufvudsakligen karaktäriseras genom en svaghet i rörelserna, förnämligast lokaliserad i de nedre extremiteterna och i lumbalmusklerna, sträckande sig progressift i en senare period till de öfre extremiteterna, och fortskridande ända till totalt upphäfvande af rörelserna». Minskningen af den motoriska kraften är af så stor betydelse, att Marie och Guinon [23] endast på grund af detta symptom gjort diagnosen af psevdohypertrofi, utan att hvarken volumsförökning eller volumsförminskning kunnat konstateras. Den ofta förekommande volumsförminskningen i vissa muskler, samtidigt med volumsförökning i andra, omnämnes likaledes af de flesta författare. I det ofta anförda stora arbetet af Friedreich lemnas en mönstergill skildring äfven af psevdohypertrofin, baserad på 2 egna iakttagelser och 80 ur literaturen sammanstälda fall. Enligt hans framställning äro vanligen atrofiska: m. m. pectorales, skuldrornas, ryggens, öfverarmarnas, ibland äfven öfverbenens samt underarmarnas och händernas muskler. Genom minskningen i musklernas volum erbjuda dessa partier en i ögonen fallande kontrast till de hypervoluminösa vadorna. Gowers [49] publicerade 1879 i Lancet en uppsats om psevdohypertrofin, grundad på 21 egna och 139 ur literaturen sammanstälda fall. Han säger i detta förträffliga arbete: »förändringarna i musklernas volum äro af två slag, en ökning och en minskning, och vi kunna ej uppdraga någon skarp systematisk skilnad mellan dessa, alldenstund båda erbjuda i skilda fall en växlande lokalisation, och vidare emedan förstoringen kan öfvergå i förminskning och tvärtom». Den vanliga lokalisationen för atrofin, volumsförminskningen, är den samma, som Friedreich funnit. — Björnström [50] anmärker i sitt fall, att öfverbenen voro magra, pecto-

rales nästan fullständigt borta, deltoidei små och atrofiska, bicipites brachii totalt borta likaså tricipites nästan fullständigt, underarmarnas muskler mindre atrofiska, händernas normala. — DAMASCHINO [51] beskrifver likaledes atrofi af ryggens, skuldergördelns, lårens muskler, glutæi, bicipites brachii, deltoidei, pectorales (sternalportionen). — ERB framhåller utförligt den karakteristiska utbredningen af atrofin, samtidigt med hypertrofin af vissa muskler, och meddelar ett fall, där atrofins lokalisation fullkomligt öfverensstämmer med hvad som förekommer i hans juvenila form. — O. BERGER [52] anför i sitt fall såsom atrofiska, m. m. pectorales, latissimi, cucullares, rhomboidei, flexorerna på öfverarmen. — I ett större arbete af GRADENIGO [53] omnämnas s. s. atrofierade m. m. pectorales majores, bicipites brachii, latissimi dorsi. — FR. SCHULTZE [54] beskrifver i ett fall, offentliggjort i Virchows arkiv, såsom atrofiska: öfverarmarnas muskler, deltoidei, pectorales, cucullaris, latissimi dorsi. Däremot voro handens och ansigtets muskler normala. — I ett senare arbete [55] af samme författare meddelas tvänne sjukdomsfall, af hvilka det ena erbjöd en typisk bild af psevdohypertrofi med atrofi i m. m. qvadriceps femoris, sacrolumbales och ryggmusklerna, serrati antici majores, nedre portionerna af cucullaris, rhomboidei och pectorales majores. I det andra fallet, en broder till den förre, voro samma muskler atrofiska men dessutom m. m. deltoidei, bicipites et tricipites brachii, supinatores longi, supra och infraspinati samt lårets extensorer vadorna och peroneusområdet. Detta senare visade ingen hypertrofi vid undersökningen, men 15 år förut hade vadorna varit abnormt stora. — I det medicinska sällskapet i Giesen demonstrerade RIEGEL [55] en 15-årig flicka med stark afmagring af ryggmusklerna, öfverarm- och skuldermusklerna, under det deltoidei och de små handmusklerna voro normala och vadorna hypervoluminösa; ingen degenerationsreaktion, ingen sensibilitetsrubbning, senreflexerna bibehållna. — Äfven af W. WHITLA [56], SEYMOUR J. SHARKEY [57], C. W. SUCKLING [58], BOURDEL [59] äro fall af psevdohypertrofi med atrofi af bålens och öfverarmarnas muskulatur offentliggjorda.

Förekomsten af atrofierade muskler i psevdohypertrofin är sålunda ett mycket vanligt för att icke säga ett konstant fenomen. Atrofins lokalisation är den samma som i den juvenila formen. Äfven öfriga symptom äro i hufvudsak de samma. Sålunda skonas musklerna för tuggningen, sväljningen, fonatio-

nen och respirationen samt sfinktererna. Inga sensibilitetsrubbningar förekomma, ingen degenerationsreaktion har kunnat påvisas i något af de fall, som i detta hänseende blifvit undersökta. Men äfven muskelförstoringen, som ju är det mest karakteristiska, positiva symptom för denna kliniska form af progressiv myopati, är ett tillfälligt fenomen. Vi hafva redan omnämnt, att ett af SCHULTZES[55] fall vid undersökningen icke företedde någon hypertrofi, men att 15 år förut vadorna skulle hafva varit förstorade. — I ERBS[14] fall 6 var förhållandet omvändt. Vid första undersökningen företedde patienten en typisk bild af den juvenila muskelatrofin, men vid förnyad undersökning några månader senare hade vadorna tilltagit i omfång; nu kunde med lika stort skäl psevdohypertrofi diagnosticeras. — NOTHNAGEL[60] beskrifver ett fall, som vid undersökningen visade atrofi i skuldergördelns muskler med undantag af deltoideus, höggradig afmagring af muskulaturen på thorax' framsida och på ryggen; af biceps fans endast kvar en hård rest, underarmarnas muskler atrofiska, händernas goda; öfverbenen starkt atrofiska, underbenen mindre, vadmuskulaturen väl bibehållen; ingen degenerationsreaktion, ingen sensibilitetsrubbning sålunda en juvenil atrofi; men modern upplyste, att i barndomen hade vadorna varit starkt utvecklade. Hade detta fall då kommit till observation, hade med säkerhet diagnosen psevdohypertrofi blifvit ställd. —Helt nyligen har OTTO BUSS[67] offentliggjort tvänne intressanta observationer, hvilka kunna betraktas såsom öfvergångsfall mellan psevdohypertrofin och den primära progressiva myopatins öfriga former. En gosse, 16 år, hade redan vid omkring 10 års ålder visat svårighet att gå, i följd af svaghet i benen, och föll lätt omkull; vid denna tid lära vadorna varit ovanligt stora. Vid undersökningen var ansigtsuttrycket stupidt, läpparna atrofiska, likaså m. m. pectorales majores et minores, cucullaris och de långa ryggmusklerna, bicipites brachii och brachiales interni, delvis deltoidei, en annan del af deltoidei hypertrofisk, likaså öfre delen af tricipites; armarna kunde ej fullt extenderas i följd af retraktion af bicipites. På de nedre extremiteterna inga ändringar i musklernas volum, men deras kraft betydligt nedsatt. Ur vänstra biceps utskars ett stycke, som vid den mikroskopiska undersökningen visade riklig interstitiel bindväf, ringa fettväfnad, hypertrofiska, normalt stora och atrofiska muskelfibriller (130—1,2 μ), tvärstrimmigheten ibland bibehållen, ibland försvunnen, ett stort antal af fibrillerna kor-

niga (fett, albumin). Den andra observationen rör en 13-årig syster till föregående pat. För 2 år sedan kände hon trötthet i benen och blef snart därefter långsam i sina rörelser. Vid undersökningen företedde hon ringa atrofi i m. m. deltoidei, pectorales, serrati antici och möjligen skulderbladsmusklerna, ansigtet utan atrofi, gången vacklande som hos psevdohypertrofiska, och vadorna lätt förstorade. Ingen af föräldrarna, hvilka voro kusiner, företedde någon liknande sjukdom.

Om än båda dessa fall närmast erbjuda den kliniska bilden af psevdohypertrofi, kan det första äfven räknas till LEYDENS hereditära form, och med afseende på ansigtsatrofin till den facio-scapulo-humerala typen, samt slutligen, om man frånser att systern äfven var afficierad, till vår andra grupp af den juvenila muskelatrofin. Ett tydligare exempel på alla dessa formers nära slägtskap med hvarandra torde knappast behöfvas.

Att nervsystemet i sin helhet är fullkomligt oberördt af de patologiska processer, som framkalla psevdohypertrofins kliniska bild, torde numera vara ställdt utom allt tvifvel. Alla undersökningar, som på senare tid blifvit verkstälda, stämma härutinnan noga öfverens. SCHULTZE har ur literaturen sammanstält 23 fall, i hvilka ingen makroskopisk förändring af de främre nervrötterna och den främre grå substansen kunnat iakttagas; det negativa resultatet har konstaterats äfven vid mikroskopisk undersökning, som blifvit verkstäld i 18 af dessa fall. Det är sålunda här på samma sätt som i de förut afhandlade formerna af primär progressiv myopati musklerna själfva, som äro sätet för de patologiska förändringarna, och dessa förändringars natur äro väsendtligen de samma, som vi förut sökt framställa enligt de senaste och bästa häröfver verkstälda forskningar. Den vigtigaste anatomiska olikhet, som äfven betingar psevdohypertrofins kliniska egendomlighet, är den intensiva proliferationen af den interstitiela bindväfven med riklig kärnförökning och mer eller mindre stark fettinlagring uti vissa muskler; men denna olikhet är endast kvantitativ och går ej nödvändigt parallelt med förändringarna i själfva den kontraktila substansen.

Vi hafva hänfört psevdohypertrofin till de hereditära formerna af primär progressiv myopati, och det lider väl intet tvifvel, att i ett stort antal fall familjeanlag kunnat konstateras. Vanligen angripas 2 eller flere bröder någon gång äfven systrarna. Har sjukdomen förekommit i uppstigande led, är det en mor-

broder eller en tante, en grandonkel eller grandtante o. s. v. som varit offer för lidandet. Ej så sällan omtalas, att barn af samma moder men olika fäder träffats af sjukdomen. Särdeles intressanta upplysningar i detta hänseende meddelas af Gowers[49], Russel[46], Lutz[61], Heller[62], Nicolaysen[63] och Fr. Schultze[54]. Men å andra sidan står det fast, att i många fall sjukdomen är enstaka. Sålunda voro af 156 af Gowers sammanställda fall, om hvilka uppgifter angående deras familjeförhållande blifvit lemnade, 83 isolerade och 73 grupperade i 25 familjer. Det är klart, att många omständigheter finnas hvilka kunna hindra utvecklingen af ett gifvet anlag, men å andra sidan torde också sjukdomen kunna uppträda, utan att ett medfödt anlag finnes, åtminstone tyckas de nyss anförda siffrorna tyda därpå. Är detta händelsen finnes en ny beröringspunkt med den juvenila muskelatrofin.

III.

Den skildring, vi gifvit af den primära progressiva myopatins scapulo-humerala typ, kan sålunda, enligt hvad den föregående framställningen gifvit vid handen, med några få modifikationer utsträckas till öfriga hit hörande kliniska former. De gemensamma karakterer, som tillhöra alla dessa olika former, äro tydligen af genomgripande betydelse och afgränsa dem såsom en naturlig grupp gentemot de på en lesion af nervsystemet beroende progressiva muskelatrofierna såsom redan i korthet blifvit framhållet af Charcot[65]. Med kännedom såväl om dessa gemensamma karakterer som äfven om de egendomligheter, som tillhöra hvarje särskild form, torde numera de individuela sjukdomsfallen redan på grund af den kliniska undersökningen kunna inordnas på sin vederbörliga plats. Att detta kan vara af praktisk betydelse i prognostiskt och möjligen äfven i terapevtiskt hänseende hafva vi redan framhållit.

För att emellertid de resultat, som innehållas i den föregående framställningen må tydligare träda i dagen, meddela vi slutligen följande sammanfattning.

1. Den primära progressiva myopatin beror på patologiska processer, hvilka uteslutande försiggå i själfva musklerna, under det att nervsystemet, såväl det centrala som det periferiska, är fullkomligt intakt. Det är på denna grund epitetet

primär blifvit tillagdt i motsats till de sekundära, på en lesion af nervsystemet beroende myopatierna.

2. De patologiska processer, hvilka bilda grundvalen för den primära progressiva myopatin, äro alltid väsendtligen de samma; genom den ena processens starkare framträdande än de andra, och genom deras utsträckning på ett större eller mindre område uppkomma de olika kliniska formerna, mellan hvilka mer eller mindre tydliga öfvergångsfall finnas.

3. Det väsendtliga resultatet af de patologiska processerna är en atrofi af den kontraktila substansen, hvarigenom inträder i de flesta fall en volumsförminskning af den anatomiska muskeln, alltid en kraftförminskning. Oaktadt atrofin af den kontraktila substansen kan muskeln för den yttre iakttagelsen vara oförändrad till sin volum eller till och med förstorad, beroende på kompenserande eller öfvervägande bindväfs- eller fettväfnadsutveckling. En äkta hypertrofi med ökning i kraft torde möjligen förekomma i vissa muskler men är ännu tvifvelaktig.

4. I vissa former af primär progressiv myopati saknas hvarje påtagligt etiologiskt moment, i andra spelar herediteten en mycket vigtig rol.

5. Sjukdomen börjar i barndoms- eller ungdomsåren, fortskrider långsamt med längre eller kortare stillestånd, kompliceras aldrig med bulbära symptom; den dödliga utgången förmedlas vanligen af phthisis eller någon annan lungaffektion sällan direkt af diafragma-insufficiens. De hereditära formerna börja i yngre år och fortskrida hastigare.

6. Volumförminskningen träffar företrädesvis bålens, öfverarmens, ryggens, bukens, höfternas och öfverbenens muskler, först senare och i mindre grad underarmarnas, händernas, underbenens och ansigtets muskulatur. En särskild form karakteriseras af atrofins initiala lokalisation i ansigtet. Samtidigt med volumsförminskning kan förstoring af vissa muskler förekomma, ibland möjligen en äkta hypertrofi med ökning af kraft, ofta psevdohypertrofi med minskad kraft.

7. De muskler, som tillhöra vissa speciela apparater såsom ögats rörelsemuskler, tugg-, sväljnings-, fonations- och respirationsmusklerna samt sfinktererna skonas alltid. Endast i ett par fall omnämnes diafragma som angripen, dess svaghet ansågs i ett fall vara den primära dödsorsaken.

8. De angripna musklerna fungera så länge någon muskelsubstans finnes kvar. De kännas visserligen slappa men knottriga, liksom genomdragna med bindväf, ibland retraherade, Detta gäller i synnerhet om bicipites brachii samt vadmuskulaturen.

9. Inga fibrillära muskelryckningar förekomma; någon gång omtalas de i anamnesen men förekomma ej under observationstiden. Detta är åtminstone händelsen i alla nyare, kliniskt noga undersökta fall.

10. Smärtor saknas i allmänhet, i några fall omtalas dock sådana i sjukdomens början, men de tyckas vara lindriga och hastigt öfvergående.

11. Inga rubbningar af sensibiliteten förekomma.

12. Ingen kramp eller rigiditet omtalas.

13. Alla inre organ äro fullt friska, frånsedt tillfälliga eller slutliga komplikationer.

14. Hudreflexerna tyckas förhålla sig normalt, senreflexerna minskas eller upphäfvas proportionelt med atrofin i tillhörande muskel.

15. Den elektriska undersökningen anger nedsättning af retbarheten såväl för galvanisk som faradisk ström. Endast i några få fall och i hvart och ett endast i en eller ett par muskler har vanligen i sjukdomens senaste skeden degenerationsreaktion kunnat påvisas. I flere fall är dock självfva faktum tvifvelaktigt, alldenstund ej alla karakterer, som tillkomma degenerationsreaktionen, finnas omnämnda.

16. Då de patologiska processerna uteslutande äro lokaliserade i muskelsystemet, är det på detta, som det terapevtiska. angreppet i första hand bör riktas. En passande allmän behandling bör anordnas framföralt under de tider, då lokalbehandlingen utsättes.

Literaturanvisningar.

1. Friedreich: Ueber progressive Muskelatrophie, über wahre und falsche Muskelhypertrophie. Berlin 1873.
2. Eulenburg: Progressive Muskelatrophie. Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, XII: 2.
3. Sandahl, O. Th.: Om förlamande muskelförtvining, fortskridande genom fettvandling. Hygiea 1858, s. 3, 65, 129, 207 och 257.
4. Waller: Expériences sur les sections des nerfs et les altérations qui en résultent. Gazette med. de Paris 1856, s. 218.
5. Charcot: Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1880, II, s. 206.
6. Schultze: Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Verhandlungen des III Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1884, s. 126.
7. Schultze, Friedr.: Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund und ähnliche Krankheitsformen. Wiesbaden 1886, s. 83 o. följ.
8. Charcot: Leçons etc. Paris 1880, II, s. 206 o. följ.
9. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1885, II: 1, zweite Auflage. Krankheiten des Nervensystems, s. 229, och Schultze: über Muskelschwund o.s.v., s, 75.
10. Leyden: Klinik der Rückenmarks-Krankheiten. Berlin 1875, II, s. 525.
11. Moebius: Ueber die hereditären Nervenkrankheiten. Volkmanns Samlung klin. Vorträge, n:r 171. Leipzig 1879.
12. Lichtheim: Progressive Muskelatrophie ohne Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarkes. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd VIII, s. 521.
13. Erb: Handbuch der Elektrotherapie 1882, s. 389 och 447.
14. Erb: Ueber die »juvenile Form» der progressiven Muskelatrophie und ihre Beziehungen zur zogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln. Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd XXXIV, s. 467. 1884.
15. Landouzy och Dejerine: De la myopathie atrophique progressive. Revue de médicine 1885, n:r 2, s. 81 och n:r 4, s. 241.
16. Schultze: Ueber Muskelschwund o. s. v., s. 1.
17. Landouzy och Dejerine: Nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la myopathie atrophique progressive. Revue de médicine, n:r 12 1886, s. 977.

18. Erb: Vorschlag einer Normalelektrode für galvanische Erregbarkeitsbestimmungen. Neurologisches Centralblatt 1886, s. 1.
19. Alessandro R. Marina: Uno studio sulle amiotrofie. Lo Spirimentale Ottobre et Novembre 1885, s. 352 & 457.
20. Erb: Ueber Muskelbefund bei der juvenilen Form der atrophia muscularis progressiva. Neurolog. Centralblatt 1886, s. 262.
21. Erb: Muskelbefund bei der juvenilen Form der dystrophia muscularis progressiva. Neurolog. Centralblatt 1886, s. 289.
22. Wladimir Roth: Atrophie musculaire progressiv et sclérose latérale amyotrophique. Congrès périodique internationale des sciences médicales, 8me session. Copenhague 1884. Section de psychiatrie et de neurologie, s. 100.
23. Marie et Guinon: Contribution à l'étude de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive. Revue de médicine 1885, n:r 10, s. 793.
24. Dubois de Neufchatel: Observation d'atrophie des muscles moteurs de l'humérus. Gazette medicale de Paris 1847, s. 927.
25. Duchenne de Boulogne: Electrisation localisée, Ed. III, Paris 1872, bild 124, s. 503, note; ed. I, s. 578.
26. Duchenne de Boulogne: a. st., ed. III, s. 500, bild 118 och 119.
27. Friedreich: a. st., s. 194.
28. Alessandro Marina: a. st., s. 482.
29. Duchenne de Boulogne: a. st., s. 502, Ed. III.
30. Vierordt, O.: Ueber atrophische lähmungen der oberen Extremiteten. Deutsches Archiv für klin. Med., bd. XXXI, 1882.
31. Günther, R.: Ueber die typische Form der progressiven Muskelatrophie. Berlin. klin. Wochenschrift 1883, n:r 20 & 21.
32. Ladame: Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive. Revue de médicine 1886, n:r 10, s. 817.
33. Langer, Ludwig: Ein fall von ausgebreiteter progressiver Muskelatrofie mit paralytischer Lendenlordose. Deutsches Archiv f. klin. Med., bd. XXXII, s. 395.
34. Landouzy och Dejerine: Nouvelles recherches etc. Revue de med. 1886, n:r 12, s. 1000.
35. Duchenne de Boulogne: El. localisée, Ed. III. Paris 1872, s. 518 & 1098.
36. Landouzy, L.: Société de biologie, séance d. 27 juin 1874. Gazette méd. de Paris 1874, s. 358.
37. Moebius: Schmidts Jahrbücher 1884, s. 86.
38. Remak, E.: Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmuskulatur bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie. Neurologisches Centralblatt 1884, s. 337.
39. Mossdorf: Ein zweiter Fall von Betheiligung der Gesichtsmuskulatur bei der juvenilen Muskelatrophie. Neurologisches Centralblatt 1885, s. 1.
40. Kreske: Münchener med. Wochenschrift 1886, n:r 14—16. 2. Ueber die myopatische Form der progressiven Muskelatrophie. Neurologisches Centralblatt 1886, s. 302.

41. Westphal: Berlin. klin. Wochenschrift 1885, s. 618.
42. Westphal: Ueber einige Fälle von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln. Charité-Annalen 1886, XI, s. 377.
43. Charcot et P. Marie: Sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressiv, souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes et atteignant plus tard les mains. Revue de médicine 1886, n:r 2, s. 97.
44. Schultze, Fr.: Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund. Analys af Barsickows arbete, s. 54, samt i Erbs [14] arbete, s. 497.
45. Zimmerlin, Franz: Ueber hereditäre (familiäre) progressive Muskelatrophie. Zeitschrift für klin. Medicin VII, 1884, s. 15.
46. Russel, James: Two cases of Duchenne's paralysis with muscular degeneration or paralysis with apparent hypertrophy etc., Medical. Times and Gazette 1869, vol. I, s. 571.
47. Middleton: On the Pathology of pseudo-hypertrophic muscular paralysis etc. Glasgow Medical Journal 1884 aug., s. 103.
48. Duchenne de Boulogne: El. localisée, ed. III, s. 595.
49. Gowers, W. R.: Clinical Lecture on psevdohypertrophic muscular paralysis. Lancet 1879, vol. II, s. 1, 37, 73, 113.
50. Björnström, Fr.: Fall af paralysis musculorum pseudohypertrophica. Upsala läkareförenings förh., bd 12, s. 63.
51. Damaschino: Deux cas de paralysie pseudohypertrophique. Gazette des Hôpitaux 1882, s. 762 & 769.
52. Berger, O.: Archiv f. Psychiatrie, XIV 1883, s. 625.
53. Gradenigo, G.: Contribuzione alla patogenesi della psevdohypertrofia moscolare. Milano 1883. Analyseradt af Marie och Guinon [23].
54. Schultze, Fr.: Ueber atrophia muscularis pseudohypertrophica. Virchows Archiv 1879, bd 75, s. 475.
55. Schultze, Fr.: Hereditäre Muskelatrophie und Pseudohypertrophie der Muskeln. Neurolog. Centralblatt 1884, s. 529.
55. Riegel: Berlin. klin. Wochenschrift 1885, s. 271.
56. Whitla, W.: On two cases of pseudohypertrophic paralysis. Med. Times and Gazette 1885 febr., s. 273.
57. Seymour J. Sharkey: A case of pseudohypertrophic paralysis. Med. times and Gazette 1885, may, s. 639.
58. Suckling, C. W.: Case of pseudohypertrophic paralysing in a women. Med. Times and Gazette 1885, juni, s. 782.
59. Bourdel, Paul: Contribution à l'étude de la paralysie pseudohypertrophique. Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1885, février s. 54, mars s. 97, avril s. 145.
60. Nothnagel: Vier Fälle von Amyotrophie. Wiener medicinische Blätter 1884, n:r 47, s. 1472.
61. Lutz, Christian: Zwei weitere Fälle von sogenannter Muskelhypertrophie. Deutsches Archiv für klinische Med., bd III, s. 358.

62. HELLER, ADOLF: Klinische Beobachtungen über die bisher als »Muskelhypertrophie» bezeichnete Lipomatosis luxurians musculorum progressiva. Deutsch. Archiv f. klinisches Med., bd I, s. 616.
63. NICOLAYSEN, J.: Tvende Tilfälde af pseudohypertrophia muscularis. Norsk Magaz. for Lägevidenskaben, R. 3, Bd 5, S. 396.
64. VULPIAN: Maladies du système nerveux, II. Paris 1886, s. 436, 526 o. följ.
65. CHARCOT: Revision nosographique des atrophies musculaires progressives. Le Progrès médical 1885, s. 179.
67. BUSS OTTO: Zur Lehre von der Dystrophia muscularis progressiva. Berlin. klin. Wochenschrift 1887, n:r 4, s. 49.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.



Ljustr. Gen. Stab. Lit. Anst.



Ljustr. Gen. Stab. Lit. Anst.



Ljustr. Gen. Stab. Lit. Anst.



Ljustr. Gen. Stab. Lit. Anst.

Några ord om ett af vilkoren för en första inspiration samt om hufvudets hållning hos det späda barnet.

Af

D:r CASPER ANDERSSON

i Lund.

Sedan HERMANN (Pflügers Archiv, bd 20) framstält den åsigten, att bröstväggen hos fostret i uterus på grund af elasticitet sträfvar att utvidga sig och hindras därifrån endast genom bronkialväggarnas adhesion, vederlade, som mig synes, BERNSTEIN (Pflügers Archiv, bd 28) denna åsigt om bröstkorgens elastiska spänning därigenom, att han påvisade, att, när bröstkorgen öppnas på ett dödfödt foster, luft ej intränger i plevrahålorna, men jämte detta argument framstälde B. ett annat, det nämligen, att *efter Hermanns teori måste hvarje foster drunkna i sitt eget barnvatten,* eller, med andra ord, att fostret måste, så snart en sugning från thorax eger rum, få sina lungor fylda af barnvattnet, med hvilket de genom mun och näsa kommunicera. För att bemöta alla invändningar mot denna af HERMANNS teori dragna slutföljd gör B. »zum Ueberfluss» en fysikalisk utläggning af saken med det faktum till utgångspunkt, att fostret inom uterus lefver i vatten och ej i luft. Genom denna utläggning anser han sig hafva bevisat, att det på grund af en de adherenta slemhinnornas imbibition med vatten skulle vara lättare för fostret att i lungorna aspirera vatten än luft. Denna utläggning är emellertid för lång att här fullständigare meddelas, hvarför jag hänvisar dem, som därom vilja taga del, till originalet. Jag vill ock endast framhålla, att B. gör det uppgifna påståendet, hvarigenom han synes mig till sin spets hafva bragt konsekvenserna af den åsigt, som äfven annars allmänt synes vara gällande, nämligen att det för insugande i lungorna af det medium, hvari fostret vistas, under

vanliga förhållanden endast fordras en utvidgning af bröstkorgen, en uppfattning, hvilken bland alla andra, sista tidens författare äfven VIERORDT synes biträda, då han (Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten, del I, afd. I, s. 342) på tal om den första respirationen utgår från den satsen, att denna första respiration i intet väsentligt erbjuder andra teoretiska problem än de senare andedrägtsrörelserna.

Då jag nu går att granska den angifna åsigten, vill jag, för att förenkla saken, endast erinra om de förhållanden, beträffande thorax med innehåll samt trachea, hvilka för frågan hafva direkt betydelse. Det är bekant, att under fosterlifvet såväl lungalveolernas som bronkiernas väggar ligga i omedelbar beröring, och BERNSTEIN har äfven (anf. st. sid. 237) sett trakealväggarna hos foster och dödfödda ligga inpå hvarandra, ihopplattade i sagittalriktningen. Vi hafva således visserligen i de anförda delarna ett kommunicerande rörsystem, men rören sakna innehåll af vare sig luft eller vätska, och deras väggar ligga med sina slemhinnor lufttätt slutna intill hvarandra. Af dessa rör ligger stammen, trachea, till väsentlig del utom, men den återstående delen af den samma och dess förgrening inom bröstkorgen. Denna bröstkorg kan otvifvelaktigt äfven under det intrauterina lifvet blifva utsatt för försök till utvidgning, i det att på grund af förhållande, hvarpå här ej är platsen att inlåta sig, inspirationsrörelser kunna bli utlösta. Bröstkorgen kan sålunda äfven i ty fall vara att förlikna vid en pump, under det att den utom bröstkorgen befintliga delen af trachea skulle kunna betraktas som ett vid pumpen fästadt rör. Då emellertid detta rör ej innehåller någonting, utan tvärtom dess väggar ligga lufttätt intill hvarandra, kan, så vidt jag i enlighet med vanliga fysikaliska förhållanden förmår finna, ingenting genom det samma i bröstkorgen insugas. Som dock BERNSTEIN påstått, att just på grund däraf, att fostret vistas i vatten, en sådan sugning i följd af slemhinnans imbibition skulle ega rum, har jag för att förtydliga saken gjort ett enkelt experiment. Vid pipen på en spruta med elastisk boll som sugapparat fastbands ett ungefär 8 cmt. långt stycke af öfversta delen af den sköljda och fugtiga tunntarmen hos nyslagtad and, hvilket materiel jag då hade till hands, och som till lumen syntes mig tämligen motsvara trachea hos ett fullgånget foster. Luften utpressades så mycket som möjligt ur ballongen, och tarmen ströks lätt emellan två fingrar, så att luften aflägsnades

äfven ur den, hvarefter det hela lades så, att det för undvikande af böjningar på tarmen låg i sluttande ställning med den fria delen af tarmen till vid pass 1 cmt. nedhängande i vatten. Sedan det legat så omkring 2 timmar, var visserligen den villösa slemhinnan starkt indränkt med vatten, men intet vatten var i ballongen uppsuget. Försöket upprepades på samma sätt och med samma resultat med ett omkring 2 cmt. kortare stycke tarm. Vid detta försök äro vilkoren för att en sugning in i pumpen skulle kunna ega rum mycket gynsammare, än hvad förhållandet är vid utvidgningen af bröstkorgen, och dock egde någon dylik sugning ej rum. Jag tror mig därför kunna påstå, att om vid bröstkorgens utvidgning en insugning i den samma genom trachea skall ega rum, så måste trachea atminstone ända ned i öfre bröstaperturen innehålla någon vare sig luft- eller vätske-pelare, hvarpå en sugning kan verka. Huru denna luft eller vätska nedkommer i trachea, beror således på helt andra moment än bröstkorgens utvidgning, och dessa moment vill jag nu med stöd af anatomiska data och fostrets förhållande vid födelsen söka reda. Därvid fäster jag naturligen i första hand och här uteslutande min uppmärksamhet vid det vanligaste och därför väl äfven mest fysiologiska sättet, på hvilket trachea får sitt för den självständigt lefvande varelsen normala innehåll, luft.

Redan a priori är antagligt, att, så länge fostret ännu lefver inom ägghinnorna i uterus, simmande i en på alla dess delar lika mycket tryckande vätska och fritt från den atmosferiska luftens direkta inflytande, alla delar i det inre af dess kropp böra vara lufttätt slutna intill hvarandra och äfven de inom kroppen bildade kanalerna sakna annat innehåll än sådant, som dels kan bildas å dessa kanalers inre yta eller i dem tillhörande organ dels dit införas från barnvattnet. Det är således äfven antagligt, att, så länge ej några särskilda inflytelser göra sig gällande, de vägar, som föra till trachea, äro lufttätt slutna, att sålunda tungan fullständigt uppfyller munhålan och i förening med larynx svalget, samt att äfven näsväggarna ligga intill hvarandra. För att emellertid ej stödja mig endast vid teoretiska grunder har jag velat se efter, hur saken i verkligheten ter sig. Då emellertid dödfödda människofoster icke stått till mitt förfogande, och då dessutom delarnas läge hos dem kan vara förändradt dels till följd af förlossningen och dels till följd af manipulationer efteråt för åstadkommande af

andning, så har jag velat se efter, hvad upplysning man kan få af andra däggdjursfoster. Jag har blifvit i tillfälle att undersöka ett i det allra närmaste fullgånget, spritlagdt kattfoster, hvilket i och med uterus uttagits ur det dödade moderdjuret. Fostret innehade den normala intrauterina hållningen med hufvudet starkt böjdt nedåt mot bröstet. Med bibehållande af denna hållning gjordes genom hufvudet och öfre delen af halsen ett mediansnitt, dock så, att jag, i synnerhet sedan jag kommit till basis cranii, höll mig något utom medellinien för att ej träffa den lilla epiglottis och därigenom rubba dess läge. Utom det att tungan tydligen fylde hela munhålan, voro äfven följande iakttagelser att göra, hvilka kunna hafva betydelse för den föreliggande frågan. Tungryggen låg utefter gomhvalfvet så, att uvula kom att hafva sin plats i vinkeln mellan tungroten och den upprätt stående epiglottis. Mjuka gommen låg inpå den i tämligen rak linie med hårda gommen liggande bakre randen af septum narium ända till basis cranii, således bildande liksom ett lock för bakre näsöppningarna. Härigenom kommo sålunda uvula och epiglottis att ligga å undre sidan af basis cranii, motsvarande föreningen emellan pars basilaris ossis occipitis och corpus ossis sphenoidei. Larynx låg således äfven uppe under pars basilaris ossis occipitis. Också den var på samma sätt, som vi redan förut genom BERNSTEIN känna om trachea, plattryckt. Äfven näshålans väggar lågo intill hvarandra.

Hvad jag genom denna undersökning funnit, öfverensstämmer i tillämpliga delar med de uppgifter, som KOHTS (Gerhardts Handbuch der Kinderkrankh. bd 3, afd. 2, sidd. 4 och följ.) lemnar rörande de resultat, hvartill han kommit genom sina i förening med LORENT anstälda undersökningar å en del hufvud af barn i olika åldrar, sålunda äfven nyfödda. Därvid är likväl att ihågkomma, att hos det nyfödda barn, af hvars hufvud han (sid. 6 bild 1) meddelar en sagittal genomskärning, fritt lufttillträde till hit hörande delar på ett eller annat sätt måste hafva egt rum, då delarna äro aflägsnade från hvarandra. Dock finner man vid aktgifvande på denna figur, huruledes äfven hos det fullgångna människofostret bakre kanten af septum narium ligger i rät linie med hårda gommen, äfvensom att, om man tänker sig mjuka gommen och larynx upplyftade för att fylla det å figuren lufthaltigt tänkta pharynxrummet, dessa delar komma att intaga alldeles motsvarande plats, som de hos det af mig undersökta kattfostret innehade.

Gå vi nu att närmare skärskåda de hit hörande mekaniska förhållanden, under hvilka människofostret normalt lefver tiden närmast före den första inspirationen, så erinra vi oss först, att det vid förlossningsarbetets begynnelse i regel har sitt hufvud starkt böjdt framåt, en ställning, hvilket ju betydligt närmar till hvarandra de framom verteberpelaren befintliga delarna. Denna ställning måste då äfven hafva den verkan, att de mjuka delar, som ligga å denna sida, ej rubbas från den plats de vid sin bildning innehafva. Under förlossningens framåtskridande — vi tänka oss altjämt hafva framstupad kronbjudning — ändras detta förhållande, dock ej i någon större utsträckning förr än vid hufvudets framfödsel. Sedan nämligen nacken fattat fäste under symfysen, och hufvudet börjat utvecklas, sker naturligen först en rätning af längdaxeln, hvilken sedan öfvergår i en böjning bakåt, hvilken böjning, då hakan framkommit, är ganska stark. Genom denna rörelse måste åstadkommas en rätt betydlig sträckning af det framför verteberpelaren liggande sammanhängande parti, som bildas af luftstrupen och tungan jämte de delar, som förbinda dem med hvarandra. I följd af denna sträckning bör detta parti sträfva att uträta sig särskildt å den del, där dess böjning är starkast, hvilket just är i trakten af larynx, hvilken äfven i följd af sin vidfästning lättast kan aflägsnas från den plats, den ursprungligen haft. Äfven får man väl antaga, att, då hela detta parti har i längdriktningen förlöpande elastiska bildningar, dessa genom sin sammandragning skola motverka följderna af sträckningen i så måtto, att, om vid ena ändpunkten af det sträckta partiet något ämne finnes, som vid partiets sammandragning lätt skulle kunna intaga dess plats, detta då insuges för att fylla det rum, hvilket partiet annars skulle innehafva, eller hvilket skulle fyllas genom kindernas och andra mjuka delars insjunkning. När sålunda, vid den omtalta böjningen bakåt med hufvudet, munnen kommer att ligga fritt i ett medium, som lätt kan insugas, så är ju tydligt, att en insugning af detta i munhålan skall ega rum. Särskildt gäller detta, om mediet är luften, hos hvilken dessutom dess expansionskraft tillkommer. En hvar praktiserande läkare torde äfven hafva iakttagit, huru vid kronbjudningar vid eller efter hakans framfödande fostret med munnen gör en sugningsrörelse. Denna rörelse har väl hittils allmänt ansets såsom tecken på, att barnet gör en inspirationsansträngning, och får väl äfven be-

traktas såsom en nödvändig inledning till en sådan, men kan ju omöjligen bero på en inspiratorisk utvidgning af bröstkorgen, då dels bröstkorgen sitter fastpressad i bäckenet dels luftstrupen är lufttätt sluten. Den får därför endast tänkas vara ett resultat af den sugning, som utöfvas af tungan till följd däraf, att dess rot drages nedåt, hvarigenom den ej utan en de mjuka väggarnas indragning kan fylla munhålan. (Huruvida icke därjämte äfven en sugning på grund af verkliga muskelkontraktioner kan ega rum, vill jag lämna osagdt, liksom jag också ej vill förneka möjligheten däraf, att efter den omtalta sugningen under särskilda förhållanden symptom kunna förekomma, som tyda på *försök* till verklig inspiration, innan ännu bålen är framfödd). Genom den angifna sugningen inkommer sålunda luft i munhålan, i följd hvaraf tungroten och larynx kunna neddragas från sitt läge uppe under basis cranii, liksom äfven genom detta lufttillträde gomseglet kan neddragas, så att bakre näsöppningarna blifva fria. Härigenom är lufttillträdet till rima glottidis öppet. Den omnämnda neddragningen af gomseglet beledsagas af en sträckning på de muskler, som förena gomseglet med tungroten och svalget, således musculi glossostaphylini och palatopharyngei. Då nu, som bekant är, de sist nämnda musklerna delvis hafva förbindelse med bakre delen af sköldbrosket, bör en sträckning af dessa muskler äfven hafva till följd en dragning på detta parti på ett sätt, som befordrar lufttillträdet till larynx och öfversta delen af trachea. En stark sträckning med däraf följande uttänjning på längden af ett rör sådant som den fetala, platta trachea kan ej försiggå utan en minskning i rörets bredd, och då tracheas främre vägg till en betydande del utgöres af de relatift fasta, tvärliggande brosken, under det att bakre väggen i sin mellersta del uteslutande utgöres af mjuk, tänjbar väfnad, är det tydligt, att det blir detta bakre, tänjbara parti, som vid en längdsträckning af trachea sammandrages i tvärriktningen. Genom denna sammandragning, hvarigenom hela bakre väggen blir smalare än den främre, åstadkommes äfven ett närmande till hvarandra af de på bakre väggen omböjda broskändarna. Följden af detta närmande blir en buktning framåt af den i främre väggen belägna delen af brosken, hvarigenom denna främre vägg måste aflägsnas från den bakre, när luft är till hands att fylla det rum, som därigenom uppstår. Det öppnande af luftstrupens lumen, som sålunda kommer till

stånd, understödjes tydligen i sin mon af den rubbning i de mot hvarandra liggande slemhinneytornas läge, som genom sträckningen åstadkommes. Då nämligen luftstrupen till en stor del af sin längd med sin bakre yta fasthänger vid matstrupen, och då vid hufvudets böjning framåt de främre delarna å halsens framsida äro mera hopsjunkna i längdriktningen än de, som å samma sida ligga närmare ryggraden, under det att tvärtom vid hufvudets böjning bakåt de samma främre delarna böra bli de mest sträckta, så följer häraf, att denna hufvudets rörelse från framåtböjdt till bakåtböjdt måste förändra beröringspunkternas läge å luftstrupens slemhinna och därigenom äfven rubba adhesionen mellan ytorna. — Enär sålunda vid hufvudets fullständiga framfödande alla förberedelser äro gjorda, kan naturligen luft inom ett mycket kort tidsmoment passera från munnen ända ned i tracheas nedre del, hvarefter en luftpelare finnes, å hvilken en sugning kan ega rum, när en äfven i öfrigt obehindrad inspiratorisk utvidgning af bröstkorgen kommer till stånd.

För att förklara luftens nedträngande i trachea har jag i det föregående hufvudsakligen fästat mig vid de mekaniska moment, som kunna vara följder af hufvudets böjning bakåt, utan att taga hänsyn till något inflytande af muskelkontraktioner i de partier, som saken rör. Jag vill därmed icke hafva uteslutit möjligheten af att dylika kontraktioner kunna förekomma och understödja proceduren, men jag vill framhålla, att de därtill äro *obehöfliga*. Detta synes mig bevisas däraf, att hela proceduren *kan* försiggå hos döda foster. Till en början erinrar jag mig därvid mycket lifligt från flere år tillbaka ett förlossningsfall, vid hvilket förhållanden egde rum, som då väckte min förvåning och äfven voro för mig oförklarliga. Det var ett vanligt fall af protraherad förlossning med framstupad kronbjudning. Fosterljud kunde ej upptäckas. Tång anlades, och hufvudet extraherades. Vid hakans framfödande öppnades ej munnen, men strax därefter skedde med den samma en sugning. Omedelbart därefter extraherades hela fostret. Detta var och förblef dödt. För att öfvertyga mig, huruvida luften hos dödfödda foster kan nedtränga i trachea, har jag undersökt ett dödfödt svinfoster. Huru det blifvit framfödt, vet jag ej, men det hade, då det dagen efter födelsen kom mig tillhanda, stark sträckning på hufvudet. Larynx var

neddragen, och trachea innehöll luft. Undersökningen skedde i december, och fostret var lindrigt fruset.

Som det endast legat i min plan att söka reda, huru under *normala* förhållanden luften nedkommer i trachea, vill jag ej inlåta mig på de modifikationer, som kunna betingas genom olika fosterlägen eller genom förlossningens snabbare eller långsammare förlopp, utan får till dem, som mera, än hvad jag nu gör, syssla med obstetrisk praktik, öfverlemna att draga konsekvenserna för de olika fallen.

I det föregående har jag påpekat, huru fostrets hufvud såsom en inledning till första inspirationen böjes bakåt. En hvar, som något iakttagit späda barns beteende, torde hafva iakttagit, huruledes det kraftiga barnet, äfven efter det respirationen kommit i full gång, i regel sträfvar att ständigt hålla sitt hufvud i en liknande ställning, hvilken först så småningom efter veckor och månader (naturligtvis något olika hos olika barn) öfvergår till den sedan vanliga, mera upprätta ställningen. Denna bakåtböjning har tydligen liknande verkan efter respirationens inträde som dessförinnan, den nämligen, att dels bereda plats för luftens inträde till larynx under tiden, tils munhålan, näsan och svalget erhållit tillräcklig rymlighet för att, oberoende af denna bakåtböjning, lemna fri passage åt luften (Kohts har äfven genom sina omnämnda undersökningar påvisat en dylik med åren betydligt tilltagande rymlighet), dels hålla luftstrupens brosk i den nya ställningen, tils denna vunnit stadga. Hvarken i nutidens läroböcker i pediatrik och obstetrik, hvilka senare ju i allmänhet lemna föreskrifter för det nyfödda barnets vård, ej häller i Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten har jag påträffat något uttalande, som tyder på, att man vederbörligen beaktat den angifna hållningen hos det späda barnet och ännu mindre dess praktiska betydelse, hvilken dock synes mig ganska stor. Då nämligen denna bakåtböjda ställning är behöflig för luftens fria passage, är det tydligen af stor vigt, huru det späda barnet, som i synnerhet efter lindningen ej förmår att själf i någon väsentlig mon ändra läge, placeras. Att det i bädden bör ligga på sida är klart. Detta har äfven Cederschjöld i sin Handbok för Barnmorskor (7:de uppl. sid. 294) föreskrifvit, rörande det nyfödda barnets första behandling, men då hans föreskrift gäller endast tiden, innan

barnet hinner bli rengjordt, och då han såsom skäl för placeringen angifver, »att slemmet må desto lättare utkomma ur svalget», så synes han ej hafva till fullo insett betydelsen af detta läge. Visserligen torde sunda förnuftet säga de flesta människor, att det är olämpligt att till hvila på ryggen lägga ett barn, som har nacken kraftigt bakåtböjd. Därför torde väl äfven starka barn sällan blifva utsatta för denna placering, och om de vid tillfälle blifva det, hafva de förmåga att för någon tid ligga med stöd af den bakåtböjda nacken och därunder gifva sitt missnöje så starkt tillkänna, att omgifningen i de flesta fall torde bli uppmärksammad på det olämpliga i läget. För sådana barn är sålunda risken ej så stor. Värre är det för svaga barn, t. ex. sådana, som blifvit födda asfyktiska eller under de första veckorna ådragit sig alvarligare sjukdom. Då sådana barn, när de hållas upprätt, ej ega tillräcklig kraft att hålla hufvudet i den stadiga bakåtböjda ställningen, utan denna blir dinglande och osäker, kan det för omgifningen synas likgiltigt, huru barnen i bädden placeras, och dock kan det just för dem, som själfva ej förmå göra något kraftigt för att korrigera läget, blifva högst ominöst, om de läggas med framåtböjdt hufvud. Den regeln bör därför alltid följas, att de späda barnen läggas på sida, och om de ej själfva förmå böja nacken bakåt, bör omgifningen göra det. Äfven i andra ställningar, såsom när barnet diar eller bäres uppe, hvilket senare för det riktigt späda barnet sällan torde för längre tid kunna behöfvas, måste tillbörlig uppmärksamhet fästas vid hufvudets ställning, hvarför den angifna regeln, för att blifva mera allmängiltig, kan formuleras så: *den benägenhet, som det späda barnet har, att ständigt hålla hufvudet bakåtböjdt bör aldrig motverkas, men väl i händelse af behof understödjas.*

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från år 1886.

Tredje kvartalet.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: Kr. Helweg: Studier over de vasomotoriske Nervebaners centrale Forlöb. — Karl Kyrklund: Studien über Fettresorption im Dünndarm.

KR. HELWEG: **Studier over de vasomotoriske Nervebaners centrale Forlöb.** Afhandl. for Doktorgraden. 212 S. København 1886. Jacob Lund.

Forf. beskriver en eller rettere to Nervebaner, som han har fundet ved Undersögelse af sindsyges Rygmarve (47 i Tallet), og som han mener indeholde vasomotoriske Tråde. Den ene, som antages at före Hovedets vasomotoriske Nervetråde, viser sig som en lille Trekant med basis udad på Gränsen mellem Rygmarvens For- og Sidesträng, kun i Halsmarven over 4:de Nervepars Udspring. Den viser sig ved stärkere Karminfarvning; men denne beror ikke på nogen Sklerose, men kun på en abnorm Finhed af de Nervetråde, der danne den, og den Egenskab, de have, at imbiberes lidt med Karmin. Denne trekantede Bane har Forf. nu fulgt op til oliva inf. i med. obl., med hvilken den synes at träde i nöje Forbindelse. Den anden Bane, som Forf. betegner som den diffuse Formation, består också i en abnorm Finhed af Trådene i en stor Del af For- og Sidesträngsresterne, hvorved disse blive stärkt karminfarvede. Denne diffuse Formation skal opadtil gå over i Olivens Omhylningsmasse, nedadtil kan den fölges gennem hele Cervikal- og i alt Fald over Midten af Dorsaldelen. Ovenover Oliven mener Forf. at genfinde sine Baner, og han fölger dem gennem Ponsegnen i tegmentum og lader dem ende dels i lemniscus, dels i den skrå Marvstribe, der skal väre Fortsättelse af commissura posterior (Detaljerne må efterses i Originalen). — Forf. mener nu, at disse Baner, som han har fundet meget udtalte i nästen alle de Tilfälde af Sindssygdom, hvor han har haft Lejlighed til at undersöge Rygmarven, må före vasomotoriske Tråde, i det han mener, at det vasomotoriske System er lidende ved alle Former af Sindssygdom. Han opfatter Trådenes abnorme Finhed i Banerne med A. Fick som et Udtryk for en

medfödt Svākkelse, en mangelfuld Udvikling, der skal give Disposition til Sindssygdom, og han söger ved at sammenholde sine Baners Forlöb med, hvad der fra Fysiologien og Patologien er bekendt om de vasomotoriske Baners Forlöb, at stötte denne Hypotese.

Friedenreich.

KARL KYRKLUND: **Studien über Fettresorption im Dünndarm.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1886. 67 sidor.

Efter en historisk inledning redogör förf. för sina iakttagelser i afseende på tunntarmens histologi, hvarvid i främsta rummet bör framhållas förf:s åsigt, att cylindercellerna skulle sakna en membran. Den homogena afdelningen af basalsömmen anser förf. sammansatt af homogena, polygonala ringar, hvilka vore att betrakta såsom en kittsubstans, som förenar cellerna med hvarandra vid deras fria ytor. — I afseende på kylusvägarna inne i villi och tarmväggen anser förf., att dessa vägar sakna egna väggar och äro att betrakta endast såsom mellanrum mellan bindväfsbalkarna.

De mesenteriala kyluskärlen (hos kanin) utgå, enligt förf., från ett gemensamt kyluskärl, som han sett förlöpa längs mesenterialfästet vid tarmen. För att närmare undersöka det inflytande peristaltiska kontraktioner utöfva på kylusrörelsen i mesenterialkärlen, iakttog han dessa kärl å narkotiserade djur i tillstånd af digestion; han såg härvid valvlerna i de fylda kärlen slutna, ända tils en peristaltisk kontraktion framkallades, då öppnades de plötsligen, och kärlets lumen vidgades betydligt.

Hvad slutligen fettresorption i tunntarmen vidkommer, har förf. på grund af sina undersökningar kommit till den åsigten, att den icke beror af trycket i tarmen och ej häller af en sugverkan i villi, utan antagligen är betingad af en självständig verksamhet i cylindercellerna, på samma sätt som sekretionsprocessen i de secernerande körtlarna nu mera äfven befunnits vara beroende af cellverksamhet.

F. Saltzman.

Patologisk anatomi och allmän patologi: E. A. Homén: Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière. — C. Wallis: Fall af atrophia muscularis progressiva, beroende på hydromyeli. — P. Winge: Flere Tilfälde af spina bifida i samme Familie. — H. Wetterdal och Sv. Wallgren: Aneurysma aortæ med perforation till vena cava superior. — O. Thesen: Nok et Tilfälde af sandsynlig Inokulationstuberkulose hos et Menneske. — W. Pipping: Studier öfver pneumococcus. — Sigvard Madsen: Tilfälde af peritonitis appendicularis med sekundär Perforation af colon ascendens hos et 9 År gammelt Pigebarn. — F. G. Gade: Sarkom fra Binyrerne.

E. A. HOMÉN: **Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière.** (Travail de l'Institut pathologique de Helsingfors.) 112 s., 7 taflor.

Förf. framhåller först, huru frågan om ledningsbanorna i ryggmärgen ännu är långt ifrån utredd, samt huru den samma väl lämpar sig för systematiska experimentela studier, hvarvid man hufvudsakligen följt tvänne metoder, den ena bestående i iakttagelse af de funktionsstöringar, som uppstå efter snitt af ryggmärgen i olika utsträckning samt vid olika höjd; den andra däri, att man på patologisk-anatomisk väg med stöd af den sekundära degenerationen sökt följa banorna ofvan och nedanom lesionsstället. Forf. påpekar sedan, huruledes man i sist nämnda afseende hufvudsakligen inskränkt sig blott till att utreda den sekundära degenerationens topografi och ledningsbanornas riktning samt tämligen försummat att studera denna degenerations första början och vidare utveckling, oaktadt den samma på sätt och vis utgör typen för de systematiska ryggmärgslesionerna. För att specielt studera denna sida af frågan samt sålunda äfven kontrollera en tre år tidigare af förf. uttalad åsigt, angående utgångspunkten för den sekundära degenerationen, att nämligen axelcylindrarna vore de primärt afficierade (Virchows arkiv, bd 8, h. 9) har förf. företagit de experiment på hvilka föreliggande arbete är baseradt. Försöken äro utförda å patologiska inrättningen i Helsingfors sedan hösten 1883. Dessa bestodo i sektioner, mestadels hemisektioner för att vid den därpå följande mikroskopiska undersökningen omedelbart kunna jämföra den sjuka sidan med den friska, vanligen i trakten af de sista bröstkotorna å 52 fullvuxna hundar, hvilka fingo lefva från en dag ända till 9 månader efter operationen; därjämte iakttogs noggrant under lifstiden för handen varande funktionsstöringar specielt af motiliten. Arbetet är sålunda fördeladt i två afdelningar, hvardera föregången af en kort historik. I den förra afdelningen: »Troubles functionnels déterminés par des hémisections de la moelle épinière» har förf. specielt velat studera den omtvistade frågan, huruvida äfven i de främre strängarna hos hundar finnas motoriska banor, genom att iakttaga och med hvarandra jämföra den tid, som åtgår till utjämnande af motilitetsstöringen i de fall, där snittet träffat sidosträngen och angränsande delar af grå substansen samt af bakre och främre strängen med skonande af den inre

delen af sist nämnda sträng, och i de fall, där hemisektion var fullständig, samt yttermera i de fall, där snittet något öfverskridit medellinien sålunda, att äfven inre delarna af den motsatta främre strängen blifvit träffad. På grund af den snabbast skeende förbättringen i de till den första gruppen hörande fall i jämförelse med andra gruppens fall samt ännu mera i jämförelse med tredje gruppens fall, är förf. böjd att anse, att äfven i de främre strängarna finnas motoriska banor, samt att en del af dem under sitt förlopp i ryggmärgen kunna öfvergå på den motsatta sidan och sålunda bidraga att vikariera för de genomskurna banorna. — Vid en enkel hemisektion kunde ingen tydlig sensibilitetsstöring upptäckas.

I den senare delen: »Altérations histologiques après hémisections de la moelle épinière» redogör förf. först i korthet för sina undersökningar öfver den s. k. travmatiska degenerationen, sträckande sig omkr. 1 cm. på båda sidor om snittet, samt öfvergår sedan till den egentliga sekundära degenerationen. Bland af förf. använda färgningsmetoder är specielt att framhålla de Weigert'ska metoderna medelst fuchsin, »Säure-fuchsin» och hematoxylin, hvilka genom sin egenskap att olika färga de olika partierna af en nervfiber, äro särdeles egnade för att studera gången af den degenerativa processen i själfva nervfibern. Hufvudsakligen med tillhjälp af dessa metoder har det lyckats förf. att redan hos hundar, som endast fått lefva 3 dagar efter operationen, uppvisa spår af förändring i enstaka nervfibrer resp. axelcylindrarna (myelinskidorna äro då ännu fullkomligt intakta), i bakre strängen å den opererade sidan ofvanom lesionsstället, samt i ryggmärgens hela utsträckning ända upp till förlängda märgen. En till två dagar senare kunde enahanda förändring äfven uppvisas i främre och sidosträngarna nedanom snittet samt sedan på sjette eller sjunde dagen i de s. k. »faisceaux cerebelleux» i sidosträngarna ofvanom snittet. I hufvudsak har den topografiska utbredningen af förändringarna motsvarat den af Schiefferdecker beskrifna. Undersökningen fortsättes sedan i kronologisk följd ända till de nio månader gamla fallen. — Härvid har förf. uppvisat en särdeles pregnant reaktion af »Säure-fuchsinet» för de första stadierna af den sekundära degenerationen. I det nämligen de altererade axelcylindrarna i preparaten medelst öfriga färgämnen ej väl taga färg, blifva de däremot i preparaten medelst »Säure-fuchsin» skarpt mörkrödt färgade samt äro sålunda lätta att skilja från de svagt blåaktigt färgade normala axelcylindrarna, medan däremot i först nämnda fall de altererade axelcylindrarna äro särdeles lätt öfversedda. I sist nämnda förhållande vill förf. delvis äfven söka förklaringen till, att den sekundära degenerationens första början blifvit öfversedd af tidigare författare samt utgångspunkten sedan förlagd i myelinskidan.

Gången och utvecklingen af den sekundära degenerationen uppvisas af förf. medelst jämförelse af fallen af olika datum; sålunda angripes först axelcylindern, visande sig i tillsvällning och kornigt sönderfall samt oförmåga att färgas af de vanliga färgmedlen, medan de däremot färgas skarpt af »Säure-fuchsin». Någon dag senare angripes äfven myelinskidan, först i trakten närmast kring axelcylindern samt

sedan småningom i alt större utbredning, så att ungefär 15 till 20 dagar efter operationen i nästan alla degenererade nervfibrer, hela nervtvärsnittet är altereradt. Då börjar man påträffa corpora amylacea, hvilka befinnas utgöra en produkt af de sönderfallande nervfibrerna. Ungefär vid denna tid ser man äfven å färgade preparat de fixa nevrogliacellerna skarpare framträdande samt tillsvälda, erbjudande formen af DEITERS' stjärnceller. Hos de en månad gamla fallen är nevroglian tydligt förtjockad, i synnerhet vid knutpunkterna, i hvilka det äfven lyckats förf. att medelst de Flemmingska metoderna uppvisa kärndelningsbilder. Från denna tid börjar man ock påträffa kornceller. Däremot äro de små rundcellernas antal så väl i detta som äfven i senare stadier, då redan skrumpning börjar framträda, knapt märkbart förökad. Hos ett 5 och ett 8 månaders fall har förf. kunnat uppvisa en förändring af de Clarkeska pelarna å den opererade sidan, visande sig i en förminskning af de myelinhaltiga trådarna, äfvensom en atrofi eller undergång af nervcellerna. Hufvudsakligen på grund af den skarpa reaktion medelst Säure-fuchsin har det ock lyckats förf. att i några fall upptäcka en egendomlig, begränsad, degenererad zon i funiculi cuneati nedanom såret, tämligen liknande den kommaformiga degeneration, hvarpå först WESTPHAL fästat uppmärksamheten vid sekundär degeneration af ryggmärgen hos människan, men hvilken ej ännu blifvit iakttagen vid på experimentel väg framkallad degeneration hos djur.

Äfven har förf. i några fall, i synnerhet medelst Säure-fuchsin, uppvisat en alteration, ehuru i lindrig grad, också af den motsatta sidosträngen nedanom snittet. — Specielt betonar förf., huru ej blott de enskilda nervfibrerna utan äfven de särskilda nervbanorna icke blifva angripna alla på en gång utan i en bestämd ordningsföljd såsom redan tidigare nämnts, samt att hvarje nervfiber strax befinnes altererad i hela sin utsträckning.

För att pröfva om förloppet af den sekundära degenerationen skulle ändras i händelse till afbrottet af ledningsbanorna yttermera skulle fogas något irritament, har förf. hos några försöksdjur framkallat en kompression af ryggmärgen genom att införa ett hagel i ryggradskanalen, hos några äfven helt enkelt krossat märgen samt därvid funnit de histologiska förändringarna alldeles identiska med dem efter snitt.

Till sist anställer förf. en jämförelse mellan den af honom på experimentel väg framkallade sekundära degenerationen och 13 af honom undersökta fall af sek. degen. hos mänsklig ryggmärg (8 af fallen från »das Städtische Krankenhaus i Berlin», tidigare offentliggjorda af förf., samt 5 från allmänna sjukhuset i Helsingfors) samt kommer därvid till det resultat, att processen i båda fallen är fullkomligt den samma samt framkallad genom blotta afbrottet af nervfibrerna, sannolikt på grund af ett upphäft trofiskt inflytande. 11 kolorerade bilder åtfölja arbetet.

E. A. Homén.

C. WALLIS: **Fall af atrophia muscularis progressiva, beroende på hydromyeli.** Hygiea 1886, s. 578.

Pat., 38 år gammal, började för 18 år sedan märka, att högra handen blef svagare än den vänstra, och att den lättare tröttnade; småningom inträdde en insjunkning mellan metakarpalbenen. För 7 till 8 år sedan började vänstra handen visa enahanda förändringar. Under sista tiden har känseln i högra handen varit något nedsatt. Pat. inkom för ett bröstlidande på sjukhuset d. $^{3}/_{1}$ 1885. Där iakttogs, att å båda händerna, men starkare å den högra, musculi interossei samt thenars och antithenars muskler voro atrofiska. Högra handen i »Krallenstellung». Arm- och skuldermusklerna i högra sidan något atrofiska. Afled d. $^{10}/_{1}$ 85.

Vid obduktionen iakttogs, jämte en större varsamling i högra plevrasäcken och åtskilliga förändringar af äldre dato i båda lungorna, följande:

Musklerna å handen visa å högra sidan höggradig atrofi; de utgöras af tunna, blekt gulhvitröda bundtar, delvis inbäddade i fett. Atrofin mindre höggradig å vänstra sidan. Båda underarmarnas muskler samt å högra sidan m. m. deltoideus och serratus anticus likaledes atrofiska.

Från hjärnan och förlängda märgen intet att anmärka. Ungefär 1 cm. nedom medulla oblongata utvidgar sig småningom ryggmärgens centralkanal och når snart en breddiameter af ungef. 1 cm., en diameter framifrån-bakåt af 0,5 cm. Utvidgningen, som öfveralt är fullt symmetrisk, sträcker sig i det närmaste oförminskad genom hela halsdelen, mot hvars slut den dock börjar något aftaga och blifva mera cirkelformig. Indre delen af bröstdelen har ryggmärgens centralkanal en diameter af 0,3 cm. och är fullt rund. I lumbaldelen visar den ett fullt normalt genomsnitt. Kanalens vägg består af en ungefär 0,1 cm. tjock, fast, hvit membran, som i halsdelen är starkast utvecklad; dess innehåll är en tunnflytande genomskinlig vätska. De enda förändringar, som å själfva ryggmärgen kunna iakttagas, äro, att den samma uti halsdelen är i sin helhet betydligt utvidgad, och att de *främre* hornen därstädes äro tydligt atrofiska.

Mikroskopisk undersökning visar, att muskeltrådarna i de atrofiska partierna förlorat sin tvärstrimmighet och äro stadda i fettdegeneration; den interstitiela bindväfven starkt framträdande och fettfyld. I ryggmärgen visa de främre hornen i halsdelen en höggradig atrofi.

Förändringarna i ryggmärgen anser W. varit det primära, emedan man icke känner, att atrofi af främre hornen — såsom följd af primära förändringar i musklerna — sekundärt framkallar utvidgning af centralkanalen; och att utvidgningen af centralkanalen varit det ursprungliga framgår af kanalväggens beskaffenhet; den är tjock och fast, såsom om den varit utsatt för ett inre tryck.

Tvänne bilder finnas, visande tvärsnitt af ryggmärgen i hals- och mellersta delen af bröstregionen. *Gustaf Annell.*

P. WINGE: **Flere Tilfälde af spina bifida i samme Familie.** Norsk Magaz. f. Lägevid., Forhandl. 1886, S. 102.

Efter at have födt 4 normale Börn, hvoraf 2 döde af akute Sygdomme, födte en Arbejders Hustru 2 Gange en Sön med spina bifida; begge Börn döde få Dage efter Födslen under Konvulsioner. En Kusine af Konens Mand med 7 Börn födte 2 Gange Börn med spina bifida, også disse döde under Konvulsioner; 2 af de andre Börn döde sandsynligvis af Ftisis. *Holst.*

H. WETTERDAL och SV. WALLGREN: **Aneurysma aortæ med perforation till vena cava superior.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 20, s. 535.

En städse frisk, kraftig, 34-årig sjöman, som utan minsta obehag förrättat de tyngsta göromål, tog en dag en s. k. »åkarbrasa»; strax efteråt känsla »som om något fastnat i halsen»; cyanos och svullnad af ansigte, hals och händer; svindel, hufvudvärk. Inkom efter 8 timmar till sjukhuset; då lindrig andnöd, svår hufvudvärk, svindel, när han satte sig upp, ömhet öfver den mycket svullna halsen, där ingen tumör kunde ses eller kännas.

Ansigte, halsen, båda öfre extremiteterna och öfre delen af bålen starkt cyanotiska med mycket svälda hudvener och betydligt ödematösa; nedre delen af kroppen normal med skarp gräns mot det öfre partiet.

Hjärtdämpningen ej förstorad, ingen abnorm dämpning öfver thorax; de svaga hjärttonerna rena, utan blåsljud; inga pulsationer; radialpulsarna liktidiga. Temp. 34,5°. Tillståndet försämrades, slutligen medvetslöshet. Afled plötsligt på natten.

Vid sektionen träffades ett knytnäfvestort aneurysma sacciforme verum aortæ ascend. utan trombusmassor. Det sammanhängde intimt med v. cava sup.; vid dennas uppklippande iakttogos talrika exkrescenser och 4 cm. ofvan hjärtat ett 7—8 mm. stort hål, oregelbundet rundadt med vulstiga, åt venen inrullade kanter; härigenom kommunikation till anevrismet. Utbredda endarteritiska förändringar i hela aorta. Lungorna ödematösa.

Pat. har möjligen haft syfilis, ehuru ej säkert konstateradt; missbrukat spirituosa rätt mycket.

I epikrisen påpekas, att så väl anamnes som status præsens ej lemnade några hållpunkter för antagandet af ett aneurysma. Frånvaron af dämpning och blåsljud kunde möjligen finna sin förklaring i, att lungorna till största delen täckte aortautvidgningen och i den svaga hjärtverksamheten. Diagnosen därför osäker, då symptomen med säkerhet endast talade för ett hinder för blodströmmen i vena cava superior. *Wetterdahl.*

O. THESEN: **Nok et Tilfälde af sandsynlig Inokulationstuberkulose hos et Menneske.** Tidsskr. for prakt. Medicin 1886, S. 277.

Pat., en 28-årig Gårdmandsdatter, er af frisk Slägt. Midt i Maj 1886 fik hun en Flis ind under höjre Tommelfingers Negl; i midten

af Juni havde der dannet sig en liden Absces sammesteds, der incideredes; kort Tid efter viste der sig imidlertid små gulagtige, grynede Granulationer på den blottede matrix ungvis, og i cubitus föltes en spanskuödstor, svullen Glandel, der exstirperedes og ved mikroskopisk Undersögelse viste tuberkulös Struktur med Tuberkelbaciller. En senere foretagen Undersögelse af Såret på Fingeren kunde vist nok ikke konstatere Tuberkelbaciller i dette; men da Såret imidlertid var gjort til Genstand for Lokalbehandling, tror Forf. desuagtet, at dette har väret Bacillernes Invasionssted. Hvor Smitten er kommen fra, har ikke ladet sig påvise. *Holst.*

W. PIPPING: **Studier öfver pneumococcus.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1886. 78 sidor, 4 taflor.

Efter en inledande öfversigt af publikationerna rörande pnevmonins bakterie, beskrifver förf. experiment, som han anstält, för att utröna, hvilket inflytande de vid den krupösa pnevmonin förekommande febertemperaturer möjligen kunde utöfva på pnevmokocken (näml. den af FRIEDLÄNDER närmare studerade patogena organismen). Det framgick ur dessa, att en utvecklad pnevmokock-kultur ej förlorar sin lifskraft, äfven om den utsättes för de högsta febertemperaturer under en tid af 7 dagar; icke ens någon nedsättning i bakteriens virulens inträder härvid. Dock konstateras en ogynsam verkan af de högre temperaturerna på bakteriens utveckling sålunda, att denna sker långsamt eller i en del fall alldeles upphör under värmens inflytande.

I arbetets senare del redogöres för undersökningar öfver de vid lobulär pnevmoni förekommande mikroorganismerna. Förf. har i somliga fall funnit en bakterie, hvilken i alt väsentligt öfverensstämmer med den krupösa pnevmonins mikrokock, så väl morfologiskt som äfven hvad kulturer och de patogena egenskaperna beträffar. Identiteten mellan dessa tvänne patogena mikrober synes utvisa, att det ges vissa former af bronkopnevmoni som i etiologiskt afseende öfverensstämma med den krupösa — ett förhållande, som äfven finner stöd i åtskilliga kliniska och patologisk-anatomiska iakttagelser.

W. Pipping.

SIGVARD MADSEN: **Tilfälde af peritonitis appendicularis med sekundär perforation af colon ascendens hos et 9 År gammelt Pigebarn.** Medic. Revue, 1886, S. 225.

Efter i en Tid at have lidt af træg alvus fik Pat. pludselig stärke Underlivssmerter, Bräkninger, Udspänding og Ömhed, särlig om Navlen; Temp. 40°, Puls 130. Intet palpabelt i Coekalregionen. I Löbet af et Par Uger Bedring; derpå igen Forvärrelse af samtlige Symptomer, särlig stärk Meteorisme; död 24de Dag. Ved Obduktionen fandtes betydelig Mängde Gas i peritoneum; universel suppurativ Peritonit med Kollaps af Tarmene; proc. vermiformis gangränös uden Konkrement; i colon ascend. en omtr. 5 Cm. lang, longitudinel Rift og ved Siden af denne i Peritonealhulen en ägstor Fäkalklump. Forf., der för Obduktionen havde antaget Muligheden af en idiopatisk

Peritonit, antager, at Sektionsresultatet må tydes således, at Sygdommen fra först af skyldtes en Perforation af proc. vermiformis, hvorved opstod en »appendikulär Peritonit» (WITH); den heraf flydende Lammelse af Tarmen medförte Ophobning af fæces i coecum med Ernäringsforstyrrelser sammesteds; da Pat. så igen blev lidt bedre og spiste lidt, indtrådte der sekundär Bristning på dette Sted.

A. Holst.

F. G. GADE: **Sarkom fra Binyrerne.** Norsk Magaz. for Lägevid., Forhandl. 1886, S. 33.

G. foreviste Präparater fra 2 Patienter, obducerede omtr. samtidigt med store Sarkomsvulster sandsynligt udgående fra Binyrerne. 1) En 4-årig Gut blev syg Okt. 1885 og döde Januar 1886. Ved Sektion en barnehovedstor Svulst, gennemsat af talrige Blodudträdelser og udgående fra höjre Binyreregion, delvis infiltrerende närmest liggende vertebræ og m. psoas maj. samt trängende sig frem mellem Bladene af Mesenteriet. Mikr. Rundcellesarkom. — 2) En 6-årig Pige havde haft en »psoitis» 9 Måneder i Forvejen, medens den egentlige Sygdom begyndte 4 Måneder för Döden. Underlivet svulmede op og de nedre Brysthvirvlers processus spinosi begyndte at prominere. Ved Sektion en stor rödlig-grå Svulstmasse over og omkring höjre Nyre. Binyren fandtes ikke, var aldeles opgået i Svulstmasse. I Leveren en barnehovedstor Metastase samt enkelte metastatiske mindre Svulster i Lungerne. Mikr. Rundcellesarkom. *H. Heiberg.*

WIDE: **Fall af hemofili.** Svenska läkaresällsk. förhandl. 1886, s. 87.

En 9-årig gosse, hvars fader, morfader och broder dött af hemofili, visade redan mellan första och andra lefnadsåret blödareanlag genom uppträdande af blödningar under huden i form af större eller

mindre blånader rundt omkring bålen i synnerhet å nedre delen af bröstet och å magen, någon gång äfven å låren; 2½ år gammal en utgjutning i vänstra knäet. Vidare hafva uppträdt blödningar omkring armbågs- och handlederna, från nagelrötter, tandköttet, 1881 ett hematom i pannan; inga blödningar från inre organ. 1 oktober 1885 kom pat. till ortopediska institutet och underkastades allmän gymnastikbehandling samt massage af båda knä- och fotlederna. D. 6/11 utbildade sig en betydlig utgjutning i vänstra fotleden och en mindre i vänstra knäleden, genom massagebehandling häfdes det onda på 4 dagar. D. 19/11 åter ansvällning af vänstra knäet, hastig förbättring med massage. I dec. 1885 och januari 1886 samma symptom och samma behandling, samma resultat. Äfven underhudsblödningarna hafva med framgång behandlats med massage, och fritiderna mellan symptomens uppträdande hafva blifvit längre genom den använda behandlingen. *Edgren.*

HIRSCHSPRUNG: **Purpura med Underlivssymptomer.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 693.

Forf. meddeler 2 Tilfälde af purpura, ledsagede af häftige Underlivstilfälde, der i bägge spille en så fremragende Rolle, at de stille de andre Symptomer i Skygge. I det ene Tilfälde, hos et ungt Menneske på 16 År, blev Sygdommen derfor også i Begyndelsen diagnosticeret som en Enterostenose; den anden Patient var en 9-årig Dreng. Bägge Tilfälde vise en slående Overensstemmelse: der findes voldsomme Underlivssmerter, galdefarvede Bräkninger, i det ene Tilfälde med lidt Blod; i bägge Tilfälde Blod i Afföringen i ringere Mängde, dels rent, dels blandet med Slimtjavser. Underlivet ömt og udspändt. Ingen väsentlig Temperaturforhöjelse, ingen egentlige Kollapssymptomer. Paroxysmen er ikke af lang Varighed, men tilböjelig til Recidiver; det förste Anfald er både det häftigste og mest fuldständige. Efter at Underlivssymptomerne efterhånden have tabt sig, vedblive endnu i längere Tid Udbrud af Petekkier på Huden, i det ene Tilfälde afvexlende med Urticariaudbrud. I bägge Tilfälde Komplikation med Lidelse af Tandködet. Bägge Tilfälde ende med Helbredelse, uden at de anvendte Medikamenter kunne siges at have haft nogen Betydning for selve Sygdommen. *G. G. Stage.*

DREYER: **Purpura med Abdominaltilfälde.** Hosp.-Tid., R. 3. Bd 4, S. 738.

Forf. meddeler en Sygehistorie for en 16-årig Pige, der tidligere havde haft morbilli og en let febris rheumat. Nogle Måneder efter opstode smertefulde Ansamlinger af Leddene, tillige Petekkier, Underlivssmerter, Bräkninger og Blod i Afföringen. Af og til stormende Symptomer, uden at dog Almenbefindendet påvirkedes stärkt. Tillige iagttoges blöde, dejagtige, ömme, ikke dekolorerede Svulster på bägge Sider af Hovedet og i Tindingen, åbenbart *Ödemer.* Ingen Mundaffektion. Tilfäldet endte med Helbredelse. *G. G. Stage.*

C. LANGE: **Purpura med Abdominaltilfälde.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 741.

Til ovenstående i Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 738 af DREYER meddelte Tilfälde knytter LANGE en interessant Udvikling af og Oversigt over disse Tilfäldes Patogenese, så vidt man er i Stand til at erkende denne. Kan man end ikke undväre Begrebet *dyskrasisk* purpura, så lider dette dog stadig större og större Indskränkninger, i det det i mange Tilfälde er lykkedes at eftervise håndgribelige *lokale Årsager* til Blödningerne, således sygelige Forandringer i de fine Kars Vägge, kapilläre Embolier, ligesom det også er sandsynligt, at mange Tilfälde af spontan purpura må betragtes som henhörende til Infektionssygdomme (Mikrober). Men foruden alle disse bliver der en Räkke Tilfälde tilbage, for hvilke man har set sig nödsaget til at reservere en *nervös*, en *vasomotorisk* Oprindelse.

Til den vasomotoriske purpura må, efter Forf:s Mening, de ovenfor meddelte Sygehistorier henföres, ikke så meget på Grund af selve Hovedsymptomerne eller Forlöbet, som på Grund af de af DREYER iagttagne Ödemer, en Komplikation, der ikke har väret kendt så länge. Disse kunne ikke godt tydes på anden Måde end som Virkninger af vasomotoriske Forstyrrelser og give således også et Vink om Blödningernes Genese.

Så vidt man kan dömme efter den sparsomme Kasuistik, kan altså en i sit Väsen ensartet Lidelse af vasomotorisk Natur opträde under meget forskellige Former; snart både med purpura, Kolik og Ödemer; snart blot som purpura + Kolik, eller som purpura + Ödemer, eller endog som purpura alene. Meget närliggende bliver da det Spörgsmål, om ikke også andre Led af Komplexet kunne falde bort, så at Lidelsen kan opträde som Ödemer + Kolik eller måske endog alene som Ödemer, eller alene som gastriske Tilfälde?

Denne Mulighed, der således åbner meget vide Synspunkter, synes også at bekräftes ved forskellige Forfatteres Meddelelser. Men ikke en Gang hermed synes Räkken af de i patogenetisk Henseende ensartede, kun ved i og for sig uväsentlige symptomatiske Forskelligheder adskilte Sygdomsformer afsluttet. Den vasomotoriske Forstyrrelse, der hos ét Menneske frembringer purpura, kan hos et andet, enten på Grund af Affektionens forskellige Intensitet eller Hudkarrenes forskellige Beskaffenhed, give Anledning til en ganske anden Form af Hudefflorescens. Herfor tale både de anförte Sygehistorier og tillige et af Forf. selv iagttaget og meddelt Tilfälde. *G. G. Stage.*

F. W. WARFVINGE: **Fem fall af tuberkulös meningit, med framgång behandlade med ingnidning af jodoformsalva.** Hygiea 1886, s. 472.

Under loppet af några få månader har förf. behandlat fem fall af, som han antager, tuberkulös meningit med gynsamt resultat. Härvid har så tillgått, att hufvudsvålen rakats och en salva af jodoform och vaselin, 1 : 5, ingnidits 2 gånger dagl., en taftmössa påsats och väl tillhållits genom bindor. Ingnidningen har verkstälts under en tid af respektive 17, 19, 30, 32 och 9 dagar. *Edgren.*

LIISBERG: **Vejledning i Undersögelsen af Brystorganerne.** København 1886. 206 S.

En Vejledning for studerende, der giver dels Beskrivelse af de forskellige Undersögelsesmetoder, dels en Fremstilling af, hvorledes de almindeligste Sygdomme i Brystorganerne präsentere sig ved den objektive Undersögelse. *F. Levison.*

I. C. HOLM: **Pnevmatometret.** Tidsskrift f. prakt. Medic. 1886, S. 214.

Apparatet, der af WALDENBURG blev indfört i Patologien, består af et höjt, i Millimetre inddelt Manometer, til hvis ene Ben er fästet en Kautschukslange med pnevmatisk Maske. Forf. anbefaler Apparatet på det bedste. Exspirationstrykket viser sig, når det måles på denne Måde, normalt at väre omtr. 1½ Gang så stort som Inspirationstrykket. Forf. nävner kortelig en Del patologiske Tilstande, hvor dette Forholdstal forrykkes. *Holst.*

N. WULFSBERG: **Den klassiske Oldtids Läre om Halsesyge.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 299.

W. anförer i Oversättelse CELSUS's Läre om Halsesyge i hans Värk: de medicina Lib. IV, Kap. VII: »Sygdommen har sit Säde i Svälget og kaldtes Halsesyge, medens den på Gräsk bar forskellige Navne alt efter dens Art; der skelnedes nemlig mellem: 1) *συναγκη*, d. e. ingen Rödhed eller Svulst, Legemet tört, der indfinder sig Lammelser; 2) *Κυναγκη*, d. e. Tungen og Svälget svulme op, Stemmen uforståelig, Öjnene fordrejes og der er Hulken. I bägge Tilstande kan ikke den syge svälge Näring og Åndedrättet er besväret. — Når der blot er Svulst og Rödhed og intet andet, kalder man det: 3) *παρασυναγκη*. I alle Former bruges Blodudtömmelser og Klyster. Heldigt er også Kopper under Hagen, fugtige Omslag, Svampe i varm Olje, varm Saltlake. Til Gurgling Afkog af Isop, Nepeta, Timian, Malurt, Klid, törre Figener eller Honningvand. Ganen smöres med Oxegalde eller dustes med stödt Peber. Som sidste Middel anbefales ind- og udvendige Incisioner. — Blandt Menigmand troes, at når en har spist en Svaleunge, skal han det hele År väre fri for Halsesyge, hvilket Middel C. ikke vilde undlade at omtale.»

D:r W. antager, at C. har kendt både Difterit og Krup. Hans »Parasynanche» er formentlig Psevdodifteriten, vor angina foll. & simplex. Sammenholdt med HIPPOKRATES's Aforismer VI, 37 og VII, 47 — er det sandsynligt, at med »Synanche» närmest tänktes på Krup og med »Cynanche» på Sygdommen i isthmus faucium. *N. Qvisling.*

LEEGAARD: **Dysfagi af nervös Oprindelse.** Norsk Magaz. for Lägevid., 1886, Forhandl., S. 43.

I med. Selskab foreviste L. en 72-årig Patient med oven nävnte Sygdom. For 2 År siden begyndte han at have vanskeligt for at synke först flydende, senere fast Näring. Det standsede ligesom i

Svälget. Nu kan han näppe synke Poteter der ligesom limer sig fast i Halsen. Det samme er Tilfäldet med Köd og anden fast Mad, medens Gröd og flydende Näring synkes bedre, men han må også her tage flere Mundfuld for ligesom at puffe på den förste Bed eller Slurk med den fölgende. For ovrigt ingen Sygdomstegn. Han har vanskeligt for at tilspidse Munden til Flöjtning. Tungen viser fibrilläre Kontraktioner, Ganesejlet reagerer trägt ved Beröring. Der er ingen Striktur i œsophagus. Selv en tyk Sonde går let ned. L. betragter Sygdommen som en paralysis glosso-labio-laryngea.

H. Heiberg.

UNGER VETLESEN: **Nervös Dyspepsi.** Norsk Magaz. f. Lägevid., 1886, S. 499.

Forf. fremhäver, at Mavesäkkens Fysiologi endnu kun er meget ufuldkomment kendt, hvorfor vi i det praktiske Liv ved Inddelingen af Mavesygdommene endnu må holde os til den kliniske Forskning, der samler de karakteristiske Symptomer og ordner dem i afgränsede Sygdomsbilleder. Blandt Mavesäkkens Nevroser indtager nervös Dyspepsi en godt karakteriseret Symptomgruppe.

Der meddeles flere Sygehistorier, og Forf. regner Sygdommen for en almindelig Mavelidelse. Det karakteristiske for Sygdomsbilledet er det skrigende Misforhold mellem de subjektive Besvärligheder og den objektive Undersögelse af Fordöjelsesakten. Som diagnostisk Middel udskylles Maveposen 7 Timer efter Indtagelsen af et Prövemåltid, bestående af Beafsteg og Franskbröd. Et rent Indhold anses praktisk som Udtryk for normal Fordöjelsesävne, da abnorm Omsätning af ingesta er forbunden med längere Ophold i Maveposen. — De subjektive Besvärligheder er vexlende, i Regelen Udspänding efter Måltidet, Träthed, Tunghed i Hovedet, ructus, Pyrose, Kvalme. Desuden er Palpitationer og globus hystericus meget almindelige. I det hele taget föler Patienterne sig besväret af Fordöjelsesprocessen på en Måde, der tyder på en Deltagelse fra Nervesystemets Side. Misstemning gerne tilstede.

Prognosen i Regelen dårlig, fuldständig Helbredelse själden. Med Hensyn til Behandlingen betones, at en Lokalbehandling af Mavesäkken, Diätkure og lign. kun forvärrer Tilstanden. Derimod må Behandlingen fremfor alt väre rettet med at styrke og berolige Nervesystemet.

Thue.

S. E. HENSCHEN: **Primär, cystös lefverkräfta hos en 14 års flicka.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 20, s. 240.

Pat. var frisk till d. $^{18}/_{12}$ 81, då högersidig plevrit uppstod. Intogs å kliniken d. $^{9}/_{1}$ och utskrefs d. $^{20}/_{2}$ 82 efter förbättring; lefverns nedre rand kunde tydligt palperas, lefvern något förstorad. Efter 14 dagar försämring, och d. $^{24}/_{4}$ intogs hon å nyo mycket matt med kakektiskt, lidande utseende, stark feber; kunde då endast ligga på rygg. Lefvern betydligt förstorad, fluktuation nedom bröstkorgsranden till höger ofvan om nafveln. Vid upprepade punktioner å äfven på andra ställen framträdande, fluktuerande partier erhöls aldrig annat än en

blodblandad vätska med ringa mängd lymfoida celler, fibrintrådar, fettvandlade, kantiga (lefver?) celler och fettvandlade blodkärl. Pat. afled d. 26/5. Sektionen visade lefvern betydligt förstorad, nästan fluktuerande; vänstra lefverloben nådde till vänstra bröstkorgsväggen, lefverns bredd 36 cm., framifrån bakåt 26 cm. Lefversubstansen bestod af en särdeles lös, dels smutsigt grå, dels gul, dels svartröd massa, innehållande riklig mängd, tätt sittande, hassel- till valnötstora hålor, fylda dels af en sönderflytande, grågul massa, dels af svarta, lösa blodkoagler. Endast en liten del af högra lobens vänstra hälft visade frisk lefversubstans; vänstra lobens acini otydliga. Vena cava inf. fullständigt obturerad af en tromb, som sträcker sig ända ner i v. crurales. Sektionen visade således en teleangiektatisk, cystisk, medullär lefverkancer. Diagnosen stäldes under lifvet på en primär kancer, och antogs en utbredd perihepatit sannolikt ligga till grund för cystbildningen.

Köster.

H. KÖSTER: **Om metoderna att bestämma närvaro af saltsyra i ventrikelinnehåll, och om saltsyrans förhållande vid cancer ventriculi.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 20, s. 355.

Den förra hälften af denna uppsats är redan i förra årgången af Nord. med arkiv refererad; hvad den senare, den mera kliniska delen, beträffar, så sammanfattar förf. i korthet resultaten i följande satser: 1) att vid ventrikeldilatationer, som ej bero på kancerösa processer, saltsyra konstant finnes, frånsedt dock högst sällsynta undantagsfall; 2) att visserligen ofta saltsyra fattas vid en ventrikeldilatation, beroende på en karcinomatös pylorusstenos, men att däremot uppgiften om dess konstanta frånvaro ej är riktig, i det i ungef. 25 % af de offentliggjorda fallen saltsyra tidvis eller konstant kunnat påvisas; 3) att man därför ej vid tecken till en kancer men närvaro af fri saltsyra får utesluta detta lidande; 4) att däremot vid samtidiga tecken till en cancer ventriculi och frånvaro af fri saltsyra diagnosen med stor säkerhet kan ställas på en kancer, och således detta förhållande är ett värdefullt bekräftande moment vid diagnosen; 5) att man ej ensamt på grund af konstant saltsyrefrånvaro får diagnosticera närvaro af en cancer ventriculi, ehuruväl man då alltid bör rikta uppmärksamheten på möjligheten af ett dylikt lidande och vara försigtig vid prognosens ställande; 6) att hvad nu sagts gäller lika för en cancer pylori med åtföljande ventrikeldilatation som för en kancer i andra delar af ventrikeln utan åtföljande dilatation; 7) att kancern ej i och för sig annat än i sällsynta fall åstadkommer ett upphörande af saltsyresekretionen men väl med stor sannolikhet en minskning af den samma, dels genom en inskränkning af den secernerande slemhinneytan, dels genom en nedsättning af ventrikelns funktionsförmåga och dels möjligen äfven genom en förändrad blodbeskaffenhet; 8) att saltsyrans totala frånvaro vid en ulcererande cancer ventriculi med temligen stor säkerhet beror på en neutralisation af den afsöndrade saltsyran genom de i kancersaften förefintliga albuminaterna; 9) att däremot nya undersökningar få afgöra, huruvida saltsyrans frånvaro är regel och icke endast undantag vid skirrer och i fall, där slemhinnan

är alldeles hel, samt i ty fall, hvarpå detta beror, då det är svårt att förstå, huru kancersaften genom en hel slemhinna skall kunna komma in i ventrikeln och blandas med dess innehåll.

Köster.

H. T. MANICUS: **Om Kupering af hysteriske Anfald.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 8.

Forf. refererer kortelig to Tilfälde, hvor det lykkedes at kupere Krampeanfald ved den af A. RUAULT angivne Kompression af bägge nn. supraorbitales med Tommelfingrene. Bägge Patienterne vare gravide. I det andet Tilfälde omtales Kramperne både som hysteroepileptiske og epileptiske. Meningen er dog vist, at det var et »stort hysterisk» Anfald. *Friedenreich.*

F. HALLAGER: **Om Underbinding af art. vertebralis som Middel mod Epilepsi.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 669.

Forf. meddeler udförligt et Tilfälde af Epilepsi med epileptisk Sindssygdom, som blev behandlet med Underbinding af bägge artt. vertebrales. Operationen, som foretoges på Viborg Sindssygeanstalt (Overläge GAD), udförtes af Dr. P. HEJBERG. I Efteråret 1883 underbandtes venstre a. vertebralis, 6 Uger efter höjre. Bägge Gange optrådte lige efter Underbindingen udbredte toniske Kramper, förste Gang mest på höjre Side. Sårforlöbet var fortrinligt, men det terapevtiske Udbytte ikke stort. Patienten var dog det fölgende År noget bedre end det foregående, og navnlig efter Brugen af större Doser Bromkalium udebleve Kramperne i längere Tid; men da Doserne i Januar 1885 mindskedes, optrådte Kramperne igen, og i Foråret 1885 döde Pat. pludselig. Kun Kraniet måtte åbnes, og her fandtes kun Tegn på Kvälningsdöd. Väggene af arteriæ vertt. isär venstre, syntes noget fortykkede lige ved Indträdelsen i Kraniet.

Forf. mener, at, hvis man skal slutte noget fra dette Tilfälde, bliver det, at Underbindingen ikke er uden Virkning mod Anfaldene, men at denne er forbigående. För Operationen havde selv store Doser Bromkalium ikke nyttet; efter denne holdtes Kramperne längere Tid borte ved 5 Gm daglig, og Pat:s psykiske Tilstand var meget bedre, navnlig udebleve hans postepileptiske, psykiske Forstyrrelser lige så länge som Anfaldene.

Forf. iagttog, at Pupillen på den Side, hvor Underbindingen var foretagen, i längere Tid var mindre end den anden, isär når denne under Anfaldet var dilateret, hvad ALEXANDER også har bemärket.

Forf. gennemgår dernäst kort ALEXANDERS Resultater, som han ikke finder bevisende med Hensyn til Resultatets Varighed.

Friedenreich.

H. J. VETLESEN: **Cannabis og Belladonna i store Doser ved Kighoste.** Nork Magaz. for Lägevid. 1886, S. 644.

Forf. har anstillet en Räkke Forsög med Anvendelse af Cannabis og Belladonna ved Kighoste i 2 Epidemier, Våren 1882 og Vinteren 1885—86.

Der anvendtes fölgende Sammensätning:

Extra cannabis indic. .... 1,00.
» belladonnæ .... 0,50.
Spiritus concentrat. glycerin .... åä 5,00.

Doseringen var fölgende:

Börn under 1 År 4—5 Dråber (ikke anvendt hos Börn under 8 Mån.)
» » 1—2 År .... 5—8 Dråber.
» » 2—4 » .... 8—12 »
» » 4—8 » .... 10—13 »
» » 8—12 » ...... 12—15 »
» over 12 År samt voxne 15—20 »

Dråberne har som Regel väret givet Morgen og Aften og har väret tålt godt. Ved indtrådte Komplikationer som Bronkit og Pnevmoni er de ikke brugt.

I den förste Epidemi forsögtes Midlet blot hos 8 Patienter, men syntes her at virke nästen specifikt. I den sidste Epidemi gjordes også en Räkke Undersögelser af Forf:s Kollega Dr. HENIE. Resultatet af bägges Undersögelser var 71,6 % gunstigt Resultat. Undersögelsen omfattede 116 Tilfälde, hvoraf 30 endog er noteret med »udmärket Virkning». I den gunstige Virkning syntes så vel Belladonna som cannabis at have Andel. Der blev gjort en Del Kontrolforsög med hvert Middel for sig. — Kun i ét Tilfälde (hos en voxen) optrådte en let Intoxikation. — Midlet syntes at väre mest virksomt i Epidemiens Begyndelse, hvilket Forf. mener muligens kan bero på forskellig Godhed af Präparatet. Apoteket fik nemlig et Par Gange under Epidemien ny Forsyning af Präparater. — Muligens også Epidemien under Forlöbet modificerer sin Karakter.

Forf. fremhäver fremdeles, at de forskellige hygiejniske Forholde, hvorunder Patienterne lever, har sin store Indflydelse; specielt er en stärk Synken af Temperaturen i Soverummet om Natten uheldig.

Thue.

S. LAACHE: **Om Antipyrin og "konträr" Antipyrinvirkning.** Med 3 Träsnit. (Kliniske Meddelelser fra Rigshospitalets med. Afd. A. VIII). Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 541.

Forf. gennemgår först Antipyrinets kemiske Forhold og viser gennem Konstitutionsformler sammes Slägtskab til andre velkendte antiseptiske og antifebrile Midler som Karbolsyre, Salicylsyre o. s. v. Antipyrin er fremgået som Frugten af ihärdigt Arbejde på den organiske Kemis Område, et Arbejde, der lover godt for Farmakodynamikens Fremgang i Fremtiden. — Midlet er af Forf. anvendt i forskellige febrile Sygdomme af akut Natur, specielt Tyfoidfeber og Pnevmoni, hvor det i Overensstemmelse med andres Iagttagelser i Doser fra 2 til 5 Gm har vist sig som et särdeles sikkert temperaturnedsättende

Middel. — I Ftisis har Forf. gjort en mere udstrakt Anvendelse af Antipyrin og det viste også her udtalte temperaturnedsättende Egenskaber ved den hektiske Feber, hvor det i enkelte Tilfälde virkede nyttigt; Doserne var her mindre, alm. 1 Gm. — I et Tilfälde af rheumatismus gonorrhoicus lindredes de heftige Smerter i de angrebne Led (Fodleddet), en Virkning, som Ref. også i et senere Tilfälde har konstateret.

Forf. iagttog endelig et ejendommeligt Tilfälde af »konträr »Virkning, i det Temperaturen hos en Ftisiker efter 2 Gm i Stedet for at falde steg betydeligt (40,1), for i Löbet af de 2 fölgende Dage at falde ned til 36,2 og uden senere at nå den samme Höjde som tidligere. Samtidig med Temperaturstigningen kom det bekendte Exantem, ligesom Pat. havde en brändende Fornemmelse i Munden, Öjnene og nedover langs œsophagus. Det hele gjorde närmest Indtrykket af en Forgiftning. Det bemärkes, at samme Patient tidligere havde brugt Antipyrin uden Ulämpe endog gennem längere Tid og at Präparatet ikke kunde antages at väre urent, da en anden Patient samtidig fik af samme Medikamentforsyning med normal Virkning. Forf. har taget Hensyn til den foreliggende Literatur og fremsätter en Del Betragtninger over antipyretiske Medikamenters Virkemåde i det hele.

S. Laache.

H. WETTERDAL: **Om antipyrin och dess verkningar, enligt andras och egna iakttagelser.** Upsala läkarefören. förhandl., bd 20, s. 210.

Större delen af uppsatsen upptages af en öfversigt öfver hvad, som till tiden för uppsatsens utgifvande, mars 1885, blifvit i tidskrifter offentliggjordt om antipyrinet, om så väl dess kemiska egenskaper som dess användning inom terapin samt de få rön, som gjorts, för att komma dess fysiologiska verkningssätt på spåren.

I slutet åter redogöres för den erfarenhet, som vunnits under de försök, som utförts med det nya medlet å Akademiska sjukhusets i Upsala medicinska klinik, hvilken i alt öfverensstämmer med de loford, som från alla håll uttalats om detta nya antisepticum.

Efter 2—5 gm, gifna per os eller per clysma ofta i dos af 2 + 2 + 1 gm hvar timme stundom dock mindre, inträdde inom 1½—4 timmar efter första dosen en småningom skeende temperatursänkning af 1,5°—2,5°, en gång ända till 3,1°. I ett par fall inträdde först lindrig temperaturstegring (0,9° inom första timmen efter 2 gm); äfven iakttogs fall, då temperaturen först sjönk, därpå helt öfvergående steg, innan den egentliga sänkningen inträdde, i trots af att man fortfor att ge antipyrin 5—8—10 timmar, varade medlets verkan hos ftisici än längre, ända till 24 timmar, ehuru åt dem oftast endast smärre doser (2 gm d.d.) gåfvos. Den följande temperaturstegringen skedde småningom; frossbrytningar och kollaps iakttogos ej, däremot städse ymnig svettning, som ej kunde förhindras af atropin och ibland kräkning. Exantem och blåröda fläckar i ansigtet, liknande dem WISING beskrifvit, sågos i ett par fall. För öfrigt inga biverkningar, ej ens efter 8 gm d.d. Pulsen förlångsammades; respirationen förblef

oförändrad. I urin kunde antipyrin påvisas redan 6 timmar efter första dosen och ända till 66 t:r efter den sista. Inverkan på själfva sjukdomsprocessen syntes ej i något fall förefinnas. Hos en patient med neph. subchr. utan feber hade 6 gm d.d. intet inflytande, ingen svettning uppträdde. Lämpligt visade sig i flere fall en kombination med kina vara, hvilket senare gafs antingen en eller annan timme efter första antipyrindosen eller ock 5—6 timmar före den första — då alltid mindre antipyrin, 2—3 gm, var af nöden.

Wetterdal.

I. C. HOLM: **Cingulum Neptuni.** Norsk Magaz. for Lägevid., Forhandl. 1885, S. 224.

Neptunbeltet fortjäner en mere udstrakt Anvendelse i privat Praxis ved kroniske Mave- og Tarmlidelser samt Betändelsesprocesser i Bäkkenorganerne. Den almindelige Applikationsmåde med 3 Meter lange Bind er besvärlig for Patienten og fordrer kyndig Hjälp. Til praktisk Brug anbefaler H. et Bind der er behageligt og let påsättes af Patienten selv. Det består af et dobbelt flosset Bomuldsstykke så bredt, at det räkker fra cardia til Symfysen og smalere mod bägge Ender, svarende til Underlivets Sidepartier til spina ilei; dette däkkes af et sammensyet Uld- og Voxtaftstykke som er omtr. 2 til 3 Cm. större på alle Kanter; opad anbringes langs Randen på den uldne Inderside af Däkstykket en Räkke Knapper, hvortil Bomuldsstykket fästes efter at det er fugtet og afvredet; med 3 elastiske Bånd i bägge Ender af Beltet appliceres Bindet rundt abdomen. Om Morgenen tages Bindet af, og det fugtige Töj knappes af for at ophänges til Törring. Patienten kan også gå med Bindet om Dagen. Forf. anvender en Blanding af Tanglud og Vand for at foröge den resorberende Virkning. *I. C. Holm.*

Kirurgi och oftalmiatrik: O. Johan-Olsen: Hudsygdom frembragt ved en Mugsop, voxende i en Listers Bandage. — Heyn og Rovsing: Om Jodoform som antisepticum. — Kr. Poulsen: Om subkutane Kokainindspröjtninger ved Småoperationer. — H. Philipsen: Undersögelsen om Öjets Klarhedssans og denne Undersögelses kliniske Betydning og Område. — Bjerrum: Bemärkning i Anledning af en passus i D:r Philipsens Artikel om Klarhedssans. — Gordon Norrie: Om Indförelse af profylaktiske Forholdsregler mod nyfödte Börns Öjenbetändelse. — H. R. Wahlfors: Om stockningspapillens patogenetiska vilkor. — K. Lennander: Trakeotomi med Paquelins termokauter. — Joh. Hjort: Tilfälde af tyfös Larynxstenos, laryngofissio; Helbredelse. — A. Malthe: Et Tilfälde af laryngofissio ved multiple Papillomer i larynx. — Berlème-Nix: Tre Laparotomier for ileus. — H. Ström: Et Tilfälde af hernia cruralis gangrænosa; primär Tarmresektion; Helbredelse i 21 Dage. — I. Svensson: Om behandlingen af åldersdysuriens svårare former. — I. Svensson: Fall af blåsesten hos en kvinna. — Wichmann: Uheldig Virkning af lodret Extension, anvendt ved fractura femoris hos rakitiske. — P. Söderberg: Om blodig, operativ behandling af knäskålsbrott.

O. JOHAN-OLSEN: **Hudsygdom frembragt ved en Mugsop, voxende i en Listers Bandage.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 244.

På en Listers Bandage, bestående af Jodoformgaze, Karbolgaze og sublimatiseret Mospude, groede der hos en Patient, som var opereret for Koxartrokace, en sodlignende Sopvegetation som havde frembragt en Rödhed i Huden og tydeligt var voxet ind i selve epidermis. Huden vaskedes godt med Säbevand og Sublimat, men ved Skiftning af ny Listers Bandage 10 Dage senere atter den samme Sop, hvorhos Huden da var endnu stärkere röd og svullen, väskende samt til dels besat med ärtstore Pustler. Soppen viste sig at väre *aspergillus niger*, den samme som også findes i Öregangen. Ved Kultur fremkom de for denne Sop karakteristiske Sklerotier. Ved at så Pustelindhold fremkom rigelige Kulturer af asperg. niger. Huden blev nu godt vasket med Sublimat og Karbolvand. Ved näste Bandageskiftning efter 8 Dage ingen Sopvegetation på Låret; derimod var der kommet en lignende pustulös Hudaffektion på Korsryggen og på nates. I Pusset var der talrige Sopsporer og en Del Sophyfer. Udsået i Brefelds Närlösning viste det sig dog, at Sopsporerne havde tabt sin Spireävne. De var altså fortärede af Puscellerne. Ved energisk Karbolsyrevaskninger svandt Soppen også her men dukkede dog i en hel Måneds Tid endnu op hist og her under Bandagen. — Forf. påpeger det ejendommelige ved, at Soppen ikke syntes at dräbes af Sublimat eller Jodoform, men vel af 5 % Karbolvand, og söger videre efter Kilden til Infektionen. Ved at dyrke lidt af Indholdet af den sublimatiserede Mospude fremkom der rigelige Vegetationer af aspergillus niger, og Forf. er derfor tilböjelig til at antage, at Soppen skriver sig fra Mosen.

H. Heiberg.

HEYN og ROVSING: **Om Jodoformen som antisepticum.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 913, 937.

Forfatterne have stillet sig den fortjänstfulde Opgave, experimentelt at undersöge Jodoformens antiseptiske Egenskaber, og have i den Anledning udfört en omfattende, vel gennemtänkt Forsögsräkke. Som Slutningsresultater opstille de:

1) Jodoform er intet antiseptisk Forbindingsstof.

2) Vil man anvende Jodoform i Tilfälde, hvor man tilsträber at gennemföre Antiseptik, da bör det väre forud desinficeret Jodoform.

Jodoformens dräbende eller hemmende Virkning på Mikroorganismer er undersögt ved 1) Tildäkning af Bakteriekulturer med Jodoformpulver; 2) Dyrkning i Jodoform-Opslemninger (Gelatine, Agar-Agar); 3) Forsög med 4 % Jodoformolje og Jodoformolje-serum; 4) Forsög med Jodoform-serum, og endelig 5) ved Forsög over tört Jodoformpulvers Indvirkning på Mikroorganismer udenfor Näringssubstrater.

Til Forsögene brugtes fölgende Mikroorganismer: 1) en grå Skimmelsvamp, 2) Mikrokok fra Rottepus, 3) staphylococcus pyogenes aureus, 4) pneumococcus og 5) bacillus subtilis.

I let overskuelige Tabeller göres Rede for Forsögsresultaterne; i intet Tilfälde sporedes nogen dräbende eller endog hemmende Virkning på Mikroorganismerne; staphylococcus pyogenes aureus holdt sig i Jodoformpulver levedygtig mindst 1 Måned.

End videre undersögtes Indholdet af en Jodoformspray, der kort forud var anvendt ved en antiseptisk Forbinding, og der viste sig at väre en broget Blanding af Skimmelsvampe og Bakterier. Et enestående Forsög, nemlig Injektion af en 10 Dage gammel Blanding af Jodoform og staphylococcus aureus i Knäleddet på en Kanin, kan man vel ikke tillägge nogen särlig Betydning, för det oftere er gentaget. Der kom pyarthrus, og ved Podning herfra fik man karakteristiske Staphylococcus-Kulturer. *Jens Schou.*

KR. POULSEN: **Om subkutane Kokainindspröjtninger ved Småoperationer.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 757.

I en Räkke Småoperationer har Forf. som lokalt anæstheticum anvendt en 4-Procents-Oplösning af chloretum cocaicum. Som Oplösningsmiddel er anvendt Sublimatvand ($\frac{1}{5}$ pro mille). I Reglen injiceredes $\frac{1}{2}$ Gm af Oplösningen, aldrig mere end 1 Gm.

Jens Schou.

H. PHILIPSEN: **Undersögelsen af Öjets Klarhedssans og denne Undersögelses kliniske Betydning og Område.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 773, 793.

Hovedindholdet er en Oversigt over de navnlig ved FÖRSTERS og BJERRUMS Arbejder over Klarhedssansen opnåede Resultater. For så vidt indskränker Ref. sig til at henvise til Afhandlingen.

Om Forholdet mellem Gränsepirrelighed (Schwellenempfindlichkeit) og Forskelspirrelighed (ved större Klarheder, Unterschiedsempfindlichkeit) bemärker PH., at ved den sidste er Sansningen »mere kompliceret, her träder det subjektive Skön, Distinktionsävnen til, eller med andre Ord, Forskelsfölsomheden er en höjere Funktion af Synssansen end Pirringslavmålet».

PH. vil ikke kalde en Forögelse af Pirringsgränsen (»Pirringslavmål» kalder PH. denne) for en Affektion af Klarhedssansen, hvis det viser sig, at den svinder ved langvarigt Ophold i Mörke. Ved medfödt Hemeralopi antager han, at Adaptationstiden ikke er forlänget. Han anser derfor denne Tilstand for en ren Lidelse af Klarhedssansen i Modsätning til (nogle) Tilfälde af erhvervet Hemeralopi. — Han fremhäver, at foröget Absorption og Tilbagekastning af Lys kan finde Sted i Öjets Medier, når disse ere blevne sygeligt fordunklede, og at dette vil kunne foranledige Forögelse af Pirringsgränsen, selv om de nervöse Elementers Ävne til at opfatte Klarheder er normal.

PH. opstiller det Spörgsmål: »Er Pröven på Forskelsfölsomhed virkelig en Pröve på Klarhedssans?» I den Anledning fremhäver han, at der, når bortses fra den medfödte Farveblindhed, »i et hvert Tilfälde, i hvilket Forskelsfölsomheden er foröget, tillige findes Abnormitet af Farvesansen», särligt Formindskelse af Sansen for grönt og rödt, således som det träffes ved Optikuslidelser. I Henhold hertil präciserer han sluttelig: »— — — *denne Undersögelse*» (d. e. Undersögelsen af Forskelspirreligheden) »*har derfor kun Betydning som Äkvivalent for Farveundersögelsen og ikke som Pröve på Klarhedssans.*»

J. Bjerrum.

BJERRUM: **Bamärkning i Anledning af en passus i Dr. Philipsens Artikel om Klarhedssans.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 851.

En Replik til PHILIPSEN i Anledning af et Par Bemärkninger af denne om BJERRUMS Brug af Ordet »Reizschwelle» (Pirringsgränse).

J. Bjerrum.

GORDON NORRIE: **Om „Indförelse af profylaktiske Forholdsregler mod nyfödte Börns Öjenbetändelse.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 333.

På Grund af Sygdommens store Betydning som Blindhedsårsag mener N., at det er på Tide at indföre en almindelig obligatorisk Profylaxe imod den.

Sygdommen kan med Sikkerhed antages at opstå ved Smitte af det Sekret, der findes i Moderens Födselsveje. Da ikke blot en Gonorré, men også en almindelig Levkorré hos Moderen muligvis kan frembringe en alvorlig Oftalmoblenorré, fremhäver N., at et hvert Tilfälde af Genitaludflod bör underkastes Lägebehandling. Til at bringe dette til Publikums Bevidsthed antager han Artikler i Almanakker og i Dagspressen for hensigtsmässigst.

Den CREDÉske Metode, der på så mange Födselsstiftelser har vist sig heldbringende og farefri, foreslår N. at göre obligatorisk for Jordemoderen ved enhver Födsel. Han foreslår, i Overensstemmelse med

de af en svensk Kommission gjorte Forslag, Indförelsen af følgende Påbud for Jordemoderen:

1) Når en Jordemoder undersöger en svanger, skal hun skaffe sig Underretning om, hvor vidt der findes hvidt Flod. Hvis dette er Tilfældet, skal hun göre opmärksom på, hvilken Fare det kan medföre, og tilråde Vedkommende at söge Lägehjälp.

2) Umiddelbart efter Forlösningen skal hun omhyggelig rense Barnets Öjne og skal hertil anvende särskilt rent Vand og Borvat.

3) Derefter skal hun i hvert Öje dryppe en Dråbe af en 2 % Helvedesstensoplösning.

4) Efter Födselen skal hun göre Moderen opmärksom på, at Barnets Öjne endnu kunne skades ved Overförelse af Barselfloddet, og undervise hende om, hvorledes hun lettest kan undgå dette.

5) Så snart der viser sig en Öjensygdom med Svulst af Öjenlågene hos Barnet, skal hun göre Forældrene opmärksomme på, at det er en farlig Sygdom, der er overordentlig smitsom ved Overförelse af Slimen til andre, selv voxne, og tilråde, at der strax tilkaldes Läge.

6) Indtil Lägen kommer, skal hun sörge for en omhyggelig og flittig Rensning af Öjnene, men for övrigt afholde sig fra al Behandling.

N. tilföjer, at Udskylning af vagina för Födselen måske bör tages med som Påbud. *J. Bjerrum.*

H. R. WAHLFORS: **Om stockningspapillens patogenetiska vilkor.** Akademisk Afhandling. Helsingfors 1886. 105 s. oktav.

I en inledande historik redogör förf. för hittils omfattade teorier, beträffande sättet och vilkoren för stockningspapillens uppkomst vid hjärnaffektioner — särskildt tumörer. Han anser, att nu mera endast tvänne af dessa teorier förtjäna att till närmare pröfning upptagas, nämligen MANZ' mekaniska teori och BENEDICKTS vasomotoriskt reflektoriska teori. Genom försök, hvilka ansluta sig till de af MANZ och SCHULTÉN tidigare verkstälda dylika, bekräftar förf. att de fenomen af venös stas och minskad arteriel tillförsel, som iakttagas i papillen hos kaninen vid förhöjdt hjärntryck, bero på den kompression af retinalkärlen hjärntryckets fortplantning till synnervslidan åstadkommer. Genom ett försök att under pågående förhöjdt hjärntryck öppna synnervens slida, i hvilket fall cirkulationsstörelsen i papillen uteblir eller upphör, ger förf. ett godt stöd åt den mekaniska förklaringen af fenomenet i papillen hos kaninen. — I den senare delen af sin afhandling söker förf. ådagalägga, att de experimentela resultaten äfven hafva sin tillämpning vid förklaringen af de sjukdomsfall, där vid förhöjdt hjärntryck, stockningspapill iakttages. Förf:s utläggning är hufvudsakligen af teoretisk art, och han lemnar själf inga nya bidrag till frågans lösning. *M. W. af Schultén.*

K. LENNANDER: **Trakeotomi med Paquelins termokauter.**

Självfva hudsnittet gör förf. med skalpell, omkring 4 cm. långt. Det går genom huden och subkutana fettet intill fascian. Härefter

fixeras trachea väl med böjda, skarpa hakar strax nedanom cart. cricoidea. Trachea upplyftes, väfnaderna delas med termokautern, och sårränderna dragas i sär, alt efter som man intränger på djupet. Instrumentet får ej vara varmare, än att spetsen nätt och jämt synes röd. Äfven trachea genomborras med den »glödande knifven» och såret utvidgas till den behöfliga storleken. Trachea renas som vanligt, under det den hålles vidöppen, såret inpudras med jodoform, och kanylen införes. Endast i ett fall har lindrig efterblödning förekommit. Förf. har utfört 11 operationer på detta sätt, hvaraf 5 gått lyckligt. I ett af de olyckliga fallen var en septisk difteri för handen med en så betydlig svullnad i farynx, att operationen däraf indicerades. De andra 5 voro alla späda barn, ett 2 år gammalt, de andra yngre. De tillfrisknade voro från 3 till 5 år gamla. *Rossander.*

JOH. HJORT: **Tilfälde af tyfös Larynxstenose, laryngofissio; Helbredelse.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 477.

Forf. fremstillede sin Patient for det medic. Selskab i Kristiania. Pat. var trakeotomeret i Oktober 1884 af Dr. Graff i Wisconsin for akut tyfös Larynxstenose, udviklet i Rekonvalescensen. Kanylen kunde ikke senere fjärnes. — Pat. kom i Maj 1885 på Prof. Hjorts Afdeling. Der var temmelig rigelig og ildelugtende slimet Pusafsondring gennem Kanylen. Uden Kanyle var Inspirationen meget generet, Exspirationen derimod mindre generet.

D. 23de Juni foretoges laryngofissio i den Tanke, at her forelå Bruskesekvestre efter en perichondritis.

Der fjärnedes 3 små Sekvestre, hvoraf de 2 syntes at hidröre fra de bagre Randpartier af cart. thyroidea, det 3dje af en cylindrisk Form muligvis fra cornu superius. Sekvestrene lå omspylede af ildelugtende pus, deres Huler kommunicerede med hinanden. Larynx' Slimhinde og Stemmebåndene var aflöst fra bagre Flade af cart. thyroidea og Larynxkaviteten viste sig som en fin Spalte. Kanylen indlagdes på ny. Sekretionen mindskedes, og Respirationen uden Kanyle bedredes for hver Dag. Efter daglige Övelser med at undväre Kanylen längere og längere Tid lukkedes Såret d. 24de Februar 1886. — Ved udvendig Undersögelse af larynx intet väsentlig abnormt, det laryngoskopiske Billede viser lidt Skävstilling af Stemmebåndene, i det de vänstre står lidt lavere end de höjre og tillige står det venstre sande Stemmebånd omtr. stille. De falske Stemmebånd lidt vulstede og röde. Pat. åndede frit og talte godt, om end med en noget dyb og häs Stemme.

Beskrivelsen ledsages af 3 laryngoskopiske Billeder i Träsnit.

Kr. Jervell.

A. MALTHE: **Et Tilfälde af laryngofissio ved multiple Papillomer i larynx.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 490.

Forf. meddeler et Tilfälde af laryngofissio med Fjärnelse af flere papillomatöse Svulster, der udgik fra forskellige Stede i larynx, den störste — som en Bönne — udgik fra venstre sande Stemmebånd. Pat.

var 4 År gammel, havde väret häs i et Par År. Han indlagdes på Grund af Larynxstenose, der krävede Trakeotomi först som Vitalindikation. 23 Dage efter Trakeotomien foretoges laryngofissio. Dagen efter denne Operation kom Svulst af Halsen, Beläg på Såret og senere Kvälning som Fölge af difteritiske Membraner ned igennem trachea.

Forf. går dernäst over til at behandle Spörgsmålet om, hvorvidt intra- eller extralaryngeal Fjärnelse af Svulster i larynx bör gives Fortrinnet.

Herunder meddeler Forf. de forskellige statistiske Arbejder om dette Spörgsmål. Efter Forf:s Mening kommer Operatörens Färdighed särlig i Betragtning, og for en ikke laryngoskopisk övet Operatör er den extralaryngeale Fjärnelse af Svulsten den eneste mulige og for Recidiv den sikreste Metode. *Kr. Jervell.*

BERLÈME-NIX: **Tre Laparotomier for ileus.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 817.

Forf. meddeler udförlige Sygejournaler over 3 af ham i Landpraxis til Dels under meget ugunstige Forhold for ileus foretagne Laparotomier; alle 3 Tilfälde forlöb gunstigt.

1. Pat., 27 År gammel Mand, havde i flere År af og til lidt af »Koliksmerter», undertiden forbundne med Opkastninger. Da han nu fik et lignende Anfald, og der på 5te Dag, efter at han forgäves var behandlet med 1 Gm Kalomel, mixt. rheosalina, Morfin og store Klysmata, kom fäkulente Bräkninger, tilrådedes Operation. Pat. afslog at underkaste sig denne, hvorfor han fik ½ Pund metallisk Kviksölv. Da Tilstanden Dagen efter var forvärret, foretoges Laparotomi efter Pat:s Önske. Med sädvanlige antiseptiske Kavteler foretoges Incision fra umbilicus til 1″ over Symfysen. En Tarmslynge fandtes inkarcereret i et Hul i Omentet. Dette var hullet på flere Steder, hvorfor det fjärnedes efter at väre underbundet med Katgut. Allerede samme Dags Aften Afgang af flatus og diarroisk Åbning. Der kom nogen Suppuration fra Stikkanalerne i Bugväggen; ellers forlöb Tilfäldet fuldständig godt. Temp. oversteg ikke 38,3°. 24 Dage efter Operationen kom Patienten op.

2. Pat., 26 År gammel Mand, fik uden påviselig Grund Smerter i abdomen og Bräkninger. Den fölgende Dag föltes til höjre for umbilicus en flad, blöd tumor af omtr. 3″ Diameter. Da Tilstanden forblev uforandret trods Kalomel, Morfin, store Klysmata og Maveudskylninger, foretoges på 3dje Dag Laparotomi med en bajonetformig Incision, begyndende 1″ over og til höjre for umbilicus og endende omtr. 3″ under umbilicus i linea alba. Tumor bestod af tomme, sammenslyngede Tarmansæ, af omtr. 30″ Längde. Volvulus udrettedes let. Om Natten afgik flatus og kort efter diarrhoisk Åbning. Denne blev efterhånden blodblandet og standsede först i Löbet af 3 Dage. Temp. holdt sig omkring 38° og 38,5°. Pat. kom op 3 Uger efter Operationen.

3. Pat., 51 År gammel Mand, led af habituel Obstruktion, af og til forbunden med Smerter i abdomen. Han fik pludselig stärke

Smerter i höjre Side af Underlivet tillige med Symptomer, der i Begyndelsen mest mindede om en Nyrekolik; senere viste det sig dog tydeligere og tydeligere at väre Ileustilfälde. Ved Undersögelsen opdages intet bestemt Holdepunkt for dens Säde. Efter Anvendelse af ol. ricini, ol. crotonis og store clysmata i Forbindelse med Maveudskylninger foretoges, da Tilstanden forvärredes, Laparotomi på Sygdommens 6te Dag. Incision i linea alba fra umbilicus til symphysis pubis. Ved at indföre Hånden fandtes opad og til höjre en Sträng, der forlöb fra Bugväggen opad mod höjre Nyre. Denne Sträng blev reven over, og ved at efterse Tarmen fandtes på det Sted, hvor det tomme Parti stödte til det dels med Luft, dels med Vädske fyldte Parti, en Snörefure omkring en Del af Tarmen. Forf. opfatter Tilfäldet som Inkarceration af Tarmslyngen over den omtalte Sträng. Först 3dje Dag efter Operationen Afgang af flatus. Temp. steg den förste Aften til 40° og holdt sig i lang Tid forhöjet. Pat. kom dog op näppe 4 Uger efter og har senere befundet sig vel.

Jens Schou.

H. STRÖM; **Et Tilfälde af hernia cruralis gangrænosa; primär Tarmresektion; Helbredelse i 21 Dage.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 573.

Forf. meddeler först Sygehistorien.

En Pige (Alderen ikke anfört), som i omtr. 8 År havde lidt af höjresidigt Kruralhernie, indkom i en höjst emacieret Tilstand for inkarcereret Hernie. Efter Sygehistorien at dömme måtte Herniet have väret indeklemt i omtr. 14 Dage. — Samme Dag (9de April 1886) gjordes Herniotomi, hvorved fandtes uklar ildelugtende Väske i Broksäkken og Exsudat, Sammenlodninger samt Misfarvning og et Sted Perforation af Tarmen, der var fastloddet til Brokporten. Det fremfaldne Tarmstykke var 40—50 Cm. langt. Der gjordes Resektion af et 12 Cm. langt Tarmstykke (ileum). Et tilsvarende V-formet Stykke af Mesenteriet bortklippedes. Tarmenderne forenedes med en dobbelt Krands af LEMBERTske Jodoformsilkesuturer, hvorefter Reposition. Broksäkken lodes liggende, indgnedes med Jodoform. Et tykt Dränrör i Brokporten.

Forlöbet afebrilt. D. 12te April Afgang af flatus, d. 15de April spontan Afföring. Stod op d. 30te April.

Dernäst går Forf. over til at omhandle Tarmresektion contra Anläggelsen af anus præternaturalis.

Grundet på den store Dödelighedsprocent ved anus præternaturalis dels som Fölge af Inanition, dels af Peritonit og — i Fald Pat. kommer derfra med Livet — den kädelige Tilstand med den langvarige Efterbehandling, holder Forf. i de fleste Tilfälde på primär Tarmresektion.

Af 23 Tilfälde af gangränöse Brok behandlede ved Rigshospitalet döde 14, deraf 3 kort efter Operationen af Kollaps, 8 nogle Dage efter af Peritonit og 3 senere af Inanition. Statistiske Opgaver fra andre viser efter Forf. omtr. samme Dödelighedsprocent ved Anläggelse af anus præternaturalis. *Kr. Jervell.*

I. SVENSSON: **Om behandlingen af åldersdysuriens svårare former.** Hygiea 1886. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 90.

I allmänhet beror dysurien hos äldre personer på prostatahypertrofi. När förhållandena blifva så svåra, att en operativ behandling må anses indicerad, har förf. förut, påverkad af Sir HENRY THOMPSON, opererat från perineum, men under de senare åren anlagt en urinblåsefistel ofvan symfysen, och har nu, stödd på en ej obetydlig kasuistik, vunnit fullt stadgad öfvertygelse om denna metods företräden. Endast ett fall anföres såsom illustration, men en mängd andra kunde anföras.

Sannolikt har hvarje kirurg kommit till samma erfarenhet, och Ref. tillåter sig bemärka, att Sir HENRY THOMPSON i sina tidigaste arbeten liksom i det sista (Diseases of the prostata 1886) rekommenderat denna väg, när det gäller, att för *längre tid* eller för alltid skapa en urinfistel. *Rossander.*

I. SVENSSON: **Fall af blåsesten hos en kvinna.** Hygiea 1886. Svenska läkaresällsk. förh., s. 155.

Den af fosfater bestående stenen var så stor, att den alldeles fylde den starkt kontraherade blåsan, till hvilken den till större delen af sin yta var adherent. Operationen hade utförts på det sätt, att urethra först dilaterats, hvarefter stenen härifrån med skarpa slefvar och lämpliga tänger exkaverats i sin midt, tils blott ett tunnt skal återstod, hvilket senare med fingrarna varsamt lossades från blåsväggen, sönderbröts och bitvis extraherades. Operationsförloppet utmärkt. *Rossander.*

WICHMANN: **Uheldig Virkning af lodret Extension, anvendt ved fractura femoris hos rakitiske.** Hosp.-Tid., R. 3, Bd 4, S. 733.

Forf. meddeler 5 Tilfälde af fractura femoris, behandlede med vertikal Extension, hos rakitiske Börn. Hos dem alle kom der en abnorm Blödhed af den extenderede Extremitets Knogler, så at de med Lethed böjedes. Forf. opfatter det som en lokal Forvärrelse af den rakitiske Proces. De 2 Tilfälde beröres kun, medens der for de 3 meddeles udförlige Journaler.

1. $1\frac{3}{4}$ År gammelt Barn med stärk rachitis og tillige pyelitis. Fractura femoris uden påviseligt trauma. Lodret Extension med $2\frac{1}{4}$—3 ℔. Barnet fik tillige först Fosfor $\frac{1}{2}$ Mgm pro die, senere fosforsur Kalk. 8 Uger efter Behandlingens Begyndelse fandtes femur lige og uden synderlig Kallussvulst. Frakturstedet lod sig näppe påvise, i det os femoris var aldeles blödt og böjeligt. Ossa cruris vare i nästen endnu höjere Grad blödgjorte og kunde böjes i alle mulige Retninger, isär i det nederste Parti. Epifyserne vare ikke särlig svulne, ingen Epifyselösning; Knäleddet slapt, uden Ansamling. Hele Extremiteten omtr. 1 Cm. forlänget. Rakiten i de övrige Knogler tiltagen. Extremiteten bandageredes nu i vandret Stilling, og 3 Uger senere var Böjeligheden betydelig aftagen. Der vedblev at väre Masser af pus

i Urinen, og Rakiten forvärredes stadig, så at Barnet 3 Måneder efter Indläggelsen döde.

Ved Sektionen frembröd så vel femur som tibia kun Tegn, der kunde forklares af den rakitiske Proces.

2. 14 Måneder gammelt Barn med moderat rachitis fik en spontan fractura femoris. Der anvendtes vertikal Extension, 3 ℔, og desuden fik Barnet daglig ½ Mgm Fosfor. På 22de Dag fandtes de samme Forandringer som i föregående Tilfälde. Böjeligheden mest udtalt lige ovenfor nederste Tibiaepifyse; der var opstået genu recurvatum ved Böjning mellem tibias Diafyse og överste Epifyse. Rakiten i övrigt bedret. Efter 14 Dages vandret Bandagering nästen fuldständig Fasthed. Der holdt sig genu recurvatum og Forlängelse af omtrent 1 Centimeter.

3. 8 Måneder gemmelt Barn med stärk rachitis og spontan fractura femoris. Vertikal Extension med 2¼ ℔. 17 Dage efter väsentlig samme Tilstand som i de foregående Tilfälde. Gibsbandage i vandret Stilling. Barnet fik nu tillige fosforsur Kalk og senere Fosfor, ½ Mgm daglig. Först efter 7 Ugers Behandling med Gibsbandage var Frakturen fast. Rakiten i övrigt uforandret.

I de to kort meddelte Tilfälde indtrådte de samme Forandringer, hos det ene Barn allerede efter 4 Dage, hos det andet efter 7.

Jens Schou.

P. SÖDERBERG: **Om blodig operativ behandling af knäskålsbrott.** Hygiea 1886, s. 543.

Förf. börjar sin afhandling med en redogörelse för två hit hörande fall, behandlade på Sabbatsbergs sjukhus af D:r SVENSSON. Det ena var ett färskt patellarbrott. Operation dagen efter inkomsten. Det nedre, endast mandelstora brottstycket borttogs, och MALGAIGNES hake inlades, förenande det öfre stycket med ligamentum patellæ. Efter 26 dagar borttogs haken. Resultatet godt.

I det andra fallet var frakturen en refraktur efter ett läkt patellarbrott. Suturering medelst grof silfvertråd af fragmenterna. Vidtgående suppuration från knät ända upp till ljumsken instälde sig; man hade verkligen varit förvånande sparsam med förbandets omläggande; resultatet blef 1 cm. diastas och styf led.

Härefter meddelar förf. de fall af blodig operation medelst bensuturer, som han lyckats samla, nästan uteslutande från engelska och amerikanska kirurger, och ordnar dessa i tabellform. Den ena tabellen är en reproduktion af TURNUS med 21 fall af färska och 29 fall af äldre patellarbrott. Själf har han samlat och uppställer 22 färska och 9 gamla frakturer; i alt 81 fall. Resultatet skall enligt denna sammanställning ha blifvit godt i 51 fall, ankylos i 9, suppuration i 2, suppuration och dålig rörlighet i 3, ingen förändring i 1, dålig rörlighet i 9, fibrös förening i 3, dödlig utgång i 3 fall. Uppenbarligen är kolumnen fibrös förening dock alldeles för mager; det lärer väl svårligen vara författarens mening, att i alla de andra fall, som

gått till läkning, verklig ossös förening ernåts. Detta motsäges för öfrigt af de sjukdomshistorier, som han själf meddelat.

De tre dödsfallen komma uteslutande på de gamla brottens lista, hvarföre intet fall af operation för färska knäskålsbrott skulle haft dödlig utgång.

Emot denna fördelaktiga statistik kan man nu ställa andra, om hvilka förf. ej synes ha haft kännedom. I Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, en tidskrift, som eljes är ganska spridd öfver alt i Sverge, förekommer i årgången för 1885, 23:dje bandets 1:sta och 2:dra häfte, en afhandling af BRUNNER öfver patellarbrottens behandling, däri också en kasuistisk sammanställning göres, hvilken ter sig ganska annorlunda. I 45 fall af färska frakturer blef resulltatet godt i 30. Men i 8 fall inträdde ledgångssuppuration, i 2 fall måste amputation på låret göras, i 8 inträffade ankylos och i 2 dödlig utgång.

CHAUVELS statistik, meddelad i samma afhandling och för öfrigt förut känd, är än bedröfligare: af 43 fall inträffade suppuration i 20, och af dessa endast i 10 fall god funktion. I 10 fall dålig utgång, i ett fall sekundär amputation och i 3 död.

Allra närmast har förf. haft att konsultera D:r SVENSSON, som i Svenska läkaresällskapet den 12 januari 1886 uppgaf mortaliteten till 25 %, efter källor, dem han säkert gerna skulle öppnat för författaren.

Med alt skäl anmärker dessutom BRUNNER, att säkert många fall af dödlig utgång i dylika fall visligen förtegats. I öfrigt måste erkännas, att förf. als icke förordar den blodiga operationen i färska, enkla patellarfrakturer. Endast i de fall, där diastasen är mycket stor, patienternas lefnadsyrke sådant, att det kräfver full brukbarhet af leden, samt då operatör och assistenter äro fullt förtrogna med antiseptiken, må operation i fråga komma, då pat., upplyst om vådorna, sådant önskar.

Äfven af de äldre fallen vill förf. endast operera sådana, där undersökningen ger vid handen, att inga alt för betydliga svårigheter förefinnas. *Rossander.*

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: G. Smirnoff: Om behandling af syfilis medelst subkutana kalomelinjektioner. — G. Smirnoff: Développement de la méthode de Scarenzio. — N. Holm: Nogle Tilfälde af anosmia syphilitica. — S. Engelsted: Klinisk Vejledning til Diagnose og Behandling af veneriske Sygdomme.

G. SMIRNOFF: **Om behandling af syfilis medelst subkutana kalomelinjektioner.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1883. 122 s. oktav.

Förf. lemnar i en kort historik en redogörelse för utvecklingen af en af prof. Scarenzio i Pavia angifven metod att behandla syfilis medelst subkutana injektioner af uppslammad kalomel. Metodens egendomlighet består däri, att en ganska stor dos (ursprungligen ända till 40 cgm) på en gång insprutas, äfvensom att insprutningen endast en eller annan gång behöfver förnyas. Denna metod har förf. upptagit till pröfning samt sökt däri införa förbättringar. För att undvika den ofta inträffande abscesbildningen har han för injektion valt glutealtrakten samt konstaterat, att i denna region varbildning relativt sällan uppstår, då hos män en dos af 10 cgm och hos kvinnor 5 cgm på en gång insprutas i hvardera clunis. Han anför kasuistik för att visa metodens verksamhet så väl mot sekundär som mot tertiär syfilis. Svårare hydrargyros har han blott sällan iakttagit. Han profeterar, att metoden skall undantränga andra subkutana injektionsmetoder och värdigt ställa sig vid sidan af syfilisbehandlingen medelst invärtes bruk af kvicksilfverpreparat samt smörjkurer. *M. W. af Schultén.*

G. SMIRNOFF: **Développement de la méthode de la Scarenzio.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1886. 147 s. oktav.

Denna senare afhandling är egentligen endast en betydligt tillökad och omarbetad andra upplaga af den här närmast ofvan refererade. Författaren har genom fortsatt begagnande af kalomel-injektioner enligt den af honom införda modifikation af Scarenzios metod ytterligare styrkts i sin tidigare uttalade åsigt, att denna metod är en af de verksammaste vi ega för att bekämpa den syfilitiska dyskrasin. — Afhandlingen börjar med en historik, däri förf. först rekapitulerar, hvad som finnes intaget i hans första afhandling, men sedan redogör utförligt för alt, som sedan dess tillkommit i frågan.

Därpå öfvergår förf. till själfva ämnet och uppställer åtskilliga frågor till besvarande. Hvad dosen vidkommer, anser förf. det vara lämpligast att insprRuta 20 cgm, 10 i hvardera klinkan. Stället, där injektionen bör göras, är det af förf. redan tidigare beskrifna, och säger han uttryckligen: »cet endroit (genast bakom trochanter majus) est le seul de tout le corps où une quantité de 10 cgm de calomel puisse être injectée sans provoquer d'abcès». Injektion bör ovilkorligen göras i underhudscellväfven och icke i musklerna.

På barn om 10 till 15 år anser förf., att man kan insprRuta lika stora eller åtminstone i det närmaste samma doser som på fullvuxna;

under de två första lefnadsåren kan man bota en syfilis genom en enda dubbel injektion af 0,024 till 0,036 kalomel i hvardera klinkan. Hvad metodens terapevtiska effekt vidkommer, anser förf. på grund af sin erfarenhet, som han stöder på en mängd sjukhistorier och tabeller, att den vid sekundära symptom har en hastigare och mera energisk verkan än andra behandlingsmetoder, samt att vid tertiär syfilis af alla kvicksilfvermetoder författarens modifikationer af SCARENZIOS är å ena sidan den mest verksamma och å den andra åter den för pat. minst besvärliga. *F. Saltzman.*

N. HOLM: **Nogle Tilfälde af anosmia syphilitica.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 649.

Forf. gör opmärksom på, at de virkelige syfilitiske *Anosmier af cerebral Oprindelse* ere *själdne;* selvfölgeligt udelukkes her de af mekaniske Forhindringer for Luftpassagen (ved pus, Blod o. desl.), så vel som af udbredte Slimhinde-Destruktioner afhängende Anosmier. Han omtaler korteligt enkelte af JULLIEN (KERGARADEC), MORELL-MACKENZIE, MOLLIÈRE og CHVOSTEK iagttagne Tilfälde, og meddeler i Detalj sine egne to Tilfälde. Det *ene* angår en 48-årig Enke, som havde fået lues for 18 År siden; hun led nu af kutane Gummitioner, Hovedpine og Svimmel samt af nästen komplet Anosmi; der var kun en ringe Katarr af venstre Näsehule tilstede. Trods Uvirksomheden af den antisyfilitiske Behandling antager Forf., at der her har foreligget en Trykatrofi eller Degeneration af bulbus olfactorius. Det *andet* Tilfälde omhandler en 33-årig Mand, som 4 År tilbage skal have haft en (ikke behandlet) »Chanker»; Året efter mistede han Lugt og Smag, og kort efter opstod Testikelsvulst, som hävedes ved Merkur og Jodkalium; i det tredje og fjärde År opstode ulcerative Syfilider og Exostoser; senere påfulgte udprägede cerebrale Symptomer. Forf. antager Anosmien betinget af Gummitioner eller arterielle Lidelser i cerebrum. *R. Bergh.*

S. ENGELSTED: **Klinisk Vejledning til Diagnose og Behandling af veneriske Sygdomme.** 2den Udgave 1886. 349 S.

En ny og noget omarbejdet Udgave af Forf:s i 1877 först udkomne praktiske Lärebog. *R. Bergh.*

Obstetrik och gynekologi: M. Sondén: Fall af placenta prævia, kompliceradt med stort fibromyom i uterus. — A. Backer: Gentagen Graviditet og Födsel hos en aldrig forud menstrueret Kvinde. — Stadfeldt: Et Tilfälde af graviditas tubo-uterina; Laparotomi; levende Barn; Moderen död. — A. Backer: Bromkalium mod Bräkninger hos gravide. — H. Vogt: Et Par Tilfälde fra Bergens Födselsstiftelse. — L. Maar: Bidrag til Bedömmelsen af discisio colli uteri (efter M. Sims), stöttede på nogle forudgående Bemärkninger med Hensyn til enkelte Punkter af collum uteri's Anatomi og Fysiologi. — Vedeler: Om retroflexio uteri. — M. Salin och C. Wallis: Fall af myomata uteri, opereradt med olycklig utgång. — A. Smith: Myoma uteri; Blödninger; castratio duplex, atter opträdende Blödninger med menstruel Karakter. — V. Heiberg: Gynäkologiske Meddelelser.

M. SONDÉN: **Fall af placenta prævia, kompliceradt med stort fibromyom i uterus.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 144.

Förf. meddelar ett fall, där han på grund af häftiga blödningar vid föreliggande placenta gjorde vändning och extraktion, som i någon mon försvårades af ett intramuralt, manshufvudstort myom. Förloppet gynsamt. *Salin.*

A. BACKER: **Gentagen Graviditet og Födsel hos en aldrig forud menstrueret Kvinde.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 215.

Forf. meddeler om en 30-årig Kone, der havde 4 Börn, det sidste for $1\frac{1}{2}$ År siden uden at hun havde haft Menstruation för end for omtr. 3 Uger siden og da som en meget sparsom Blödning fra genitalia. Hun havde aldrig haft molimina menstrualia, heller ikke vikarierende Menstrualblödninger, derimod med »nogenlunde bestemte månedlige frie Mellemrum lidt af et Par Dages heftig Hovedpine» siden 16 Års Alderen. Denne Hovedpine har senere väret tilstede undtagen under Graviditet og Diegivning. Ved den nys för förste Gang optrådte menstruale Blödning var den sädvanlige Hovedpine også tilstede. *Kr. Jervell.*

STADFELDT: **Et Tilfälde af graviditas tubo-uterina; Laparotomi; levende Barn; Moderen död.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 889.

Forf. meddeler en Sygehistorie, der angår en 29-årig, förste Gang svanger, gift Kone. Diagnosen löd på: Extrauterinsvangerskab i 9de Måned, levende Barn, placenta fastsiddende ved Äggets nederste Pol. Der blev anvendt Sängeleje og Morfin for at standse de velignende Smerter, og kort Tid efter foretoges Laparotomi. Der extraheredes med Lethed en asfyktisk Pige, der hurtigt oplivedes. Barnet viste ingen Tegn på Ufuldbårethed, men vejede kun 2500 Gm og målte $17\frac{3}{4}$''. Det må have väret uheldigt lejret under Svangerskabet, i det det fremböd betydelige Spor af Tryk, isär på Hovedet. Disse svandt senere fuldständigt. Moderen döde 38 Timer efter Operationen, under hvilken det viste sig, at Äghulen ingen Begränsning havde opadtil, i det Hånden frit kunde föres ind imellem de fremvältende Tarme.

Ved Sektionen fandtes Ägsäkken, med placenta dybest, at have indlejret sig ved og omkring höjre Hjörne af uterus og at udbrede sig derfra til bägge Sider, men med stärkest Tilhäftning til höjre Side af Bugväggen, således at fascia transv. på et stort Parti måtte udtages sammen med Ägget. Opadtil vare Äghinderne fastloddede til Omentet, men kunde dog temmelig let afløses derfra; til venstre fandtes kun de tynde, rumperede Äghinder, uden Adhärencer med de omliggende Tarme, af hvilke flere Slynger vare trängte ind i Säkken. Den uterine Ende af höjre tuba, som skönnedes at måtte ligge, hvor placenta var tydeligt indkilet i höjre Hjörne af uteri Substans, kunde ikke bestemt påvises på Grund af Vävets Mörhed. Hvad Svangerskabets Art og Säde angår, kom Diagnosen til at lyde på *graviditas tubor-uterina*. Hvad Behandlingen af Extrauterinsvangerskab med levende Barn angår, slutter Forf. sig til LITZMANN, i det han som denne kun vil göre Laparotomi, 1) når Svangerskabet er nået ind i 10de Måned, 2) når Barnet for Fölelsen og ved Avskultationen skönnes vel udviklet, og 3) når Undersögelsen med nogenlunde Sikkerhed påviser, at placenta ikke har sit Säde på Indsnitsstedet. På Lägekongressen i 1884 erklärede WERTH Laparotomien ved levende Barn for forkastelig, fordi Mortaliteten var så betydelig for Mödrene (15 af 17). Han vil afvänte Barnets Död og först udföre Operation, når Placentarkredslöbet har väret standset i nogle Måneder. Han blev imödegået af R. MÜLLER og OLSHAUSEN, der fremhävede de betänkelige Fölger ved en sådan Exspektation, og som selv havde oplevet sörgelige Exempler herpå. Forf. er af samme Mening og meddeler et Tilfälde, hvor der indtraf Död ved et langt fremskredet Extrauterinsvangerskab uden Operation, i det der havde udviklet sig en Septikämi fra genitalia og Ägsäkken, som hurtigt gjorde Ende på Patientens Liv. Det er vanskeligt, ja umuligt at afveje Prognosen i Tal for de forskellige Fremgangsmåder; ti alle de opererede Tilfälde offentliggöres selvfölgeligt ikke; men i hvert Fald er det nödvendigt, at man ved Statistiken tager de Tilfälde med, hvor Moderen dör af de Konsekvenser, som kunne fölge med Exspektationen.

F. Nyrop.

A. BACKER: **Bromkalium mod Bräkninger hos gravide.** Tidsskr. for prakt. Medicin 1886, S. 216.

Forf. anbefaler sol. brometi kalici gr. 10—250, cochl. maj. bih. med Tilsätning af lidt extractum liqviritiæ eller lign. for Smagens Skyld mod Bräkninger hos gravide. Forf. kan ikke erindre at Midlet har svigtet ham i mere end ét Tilfälde efter at han har brugt det i 10 til 12 År.

Kr. Jervell.

H. VOGT: **Et Par Tilfälde fra Bergens Födselsstiftelse.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 638.

1. *Ödema glottidis Dödsårsag hos en nyfödt.* Det fuldbårne Barn havde ved Födselen generel anasarca og viste svage Livstegn. Under Oplivningsforsögene gjorde det flere stärke Inspirationsbevägelser, men döde ¾ Time efter Födselen. Ved Sektion fandtes blandt

andet larynx aldeles tillukket af de stärkt ödematöse ligg. ary-epiglottica og Lungerne fuldständig fötale.

2. *Obliteration af Tyndtarmen ved coecum, Tyndtarmen udspändt af Frugtvand som Födselshindring.* Fuldbåret Barn. Efter Hovedets Födsel måtte Kroppen extraheres, hvorunder der fra Mund og Näse udflöd en Vädske af Udseende som Frugtvand; Underlivet stärkt opdrevet. Död ½ Time efter Födselen. Ved Sektion fandtes de tykke Tarme fuldständig kollaberede, Tyndtarmene stärkt udspilede af Frugtvand. Mellem Tarmene flere tykke, fibrinöse Strenge. Svarende til én af disse fandtes på Gränsen mellem ileum og coecum Tarmen fuldständig oblitereret. Strengene antoges frembragte af en Peritonit, hvilket bekräftedes ved Fundet af svulne Mesenterialglandler.

E. Poulsson.

L. MAAR: **Bidrag til Bedömmelsen af discisio colli uteri (efter M. Sims), stöttede på nogle forudgående Bemärkninger med Hensyn til enkelte Punkter af collum uteris' Anatomi og Fysiologi.** Odense 1886. 175 S. Doktordisputats.

Forf. indleder sin for Doktorgraden skrevne Afhandling med et 90 Sider stort Arbejde om colli uteri Anatomi og Fysiologi. Han har anstillet en Del Undersögelser så vel på levende som på döde Individer, der ikke have lidt af Sygdomme, som särligt kunde påvirke de her omtalte anatomiske Forhold, og han giver en Fremstilling af disse Undersögelser i to Tabeller, af hvilke den ene, der skriver sig fra den Tid, Forf. har praktiseret, indeholder 39 Tilfälde; den anden skriver sig fra Kommunehospitalets Obduktionsstue og beretter om 28 Undersögelser. Forf. har dernäst konstrueret flere Instrumenter for at kunne bestemme forskellige anatomiske Forhold så nöjagtigt som muligt, såsom collums Längde, Flexionsvinklens Störrelse og Beliggenhed o. s. v. Selve Hovedafhandlingen giver en udförlig Fremstilling af discisio colli uteri, således som den indförtes af M. Sims, og dernäst fölger i kronologisk Orden en Oversigt over de mere fremragende Gynäkologers Metode og Anskuelse om Operationen. Forf. giver en Fremstilling af den af ham selv anvendte Operationsmetode og afbilder og beskriver en Pincet, han bruger for efter Snittet at standse Blödningen. Forf. anvender og lägger megen Vägt på en langvarig Efterbehandling med Indförelse af Vatstifter for Dilationens Skyld. Disse Stifter benytter han også under Operationen som hämostatisk Middel, imprägnerede med Allun. Til Slutning illustrerer han Operationens Anvendelighed i forskellige Retninger ved en Del Sygehistorier og präciserer dens Anvendelighed i fölgende résumé:

1) i kurativt Öjemed for at helbrede en tilstedevärende Stenose;

2) i diagnostisk Öjemed for at göre det muligt at undersöge cavum uteri ved Hjälp af Sonde og Pressesvamp, Endoskop o. s. v.;

3) som Indledning til operativ Behandling, f. Ex. med skarp Ske eller med adstringentia o. s. v. af cavitas uteri, eller som Indledning til Amputation eller Resektion af collum uteri o. s. v.;

4) aldeles empirisk ved Blödninger og Smerter som Fölge af tumores uteri.

F. Nyrop.

VEDELER: **Om retroflexio uteri.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 246.

Stöttet til Undersögelser af et större Antal Kvinder (313), hvis uterus fandtes retroflekteret, er Forf. kommen til fölgende Resultater. Retroflexionen (hvoraf der opstilles 3 til 4 forskellige Former) kan dels väre konstant, dels ikke, og kan hos samme Individ fra Tid til anden vexle med forskellige Lejer. Sygelige Symptomer er dels tilstede (i 60 %), dels ikke (i 40 %) og synes af flere Grunde ikke at stå i nogen Kavsalforbindelse med Retroflexionen. Denne kan nemlig bestå i Årräkker fuldständig symptomlöst, kan frembringes ved Kunst uden at fremkalde Symptomer, kan bestå, medens Symptomerne svinder og kan vexle med andre Lejer, medens Symptomerne vedvarer uforandrede. End videre kan man ofte påvise, *når* der opstår Symptomer ved en tidligere uskyldig retroflexio og endelig kan de forskellige Symptomer, som tilägges retroflexio, findes, ved det normale Leje. Forf. slutter heraf, at man »kun kan komme over al den Uensartethed, der findes ved retroflexio ved at tro, at den har anatomisk-fysiologisk Interesse men ingen anatomisk-patologisk Betydning».

E. Poulsson.

M. SALIN och C. WALLIS: **Fall af myomata uteri, opereradt med olycklig utgång.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förh., s. 146.

Pat., 47-årig hustru, aldrig gravid. Tillväxttiden af tumören obekant. Under senaste 6 åren häftiga menstrualblödningar. Under sista året ej arbetsför. Tumören fylde hela buken. Vaginalportionen mycket kort. Genom firnices palperades tumören tydligt. Lindrig feber. Tumören antogs intraligamentärt utvecklad. Vid operation visade det sig, att större delen af tumören var subserös, utgående med en kort pedunkel från baksidan af uterus. Dessutom funnos större tumörer intraligamentärt utvecklade, som det tycktes utgående från cervix. Adhesioner till tarmar och oment. Elastisk, förlorad ligatur. Intraperitonealbehandling. Sidotumörerna kvarlemnades. Tumörens vigt 14½ ℔. Sepsis. På 10:de dygnet kändes per vaginam cervix utplånad och en elastisk gåsäggstor tumör utgående från bakre och högra uterinväggen inträngd i vagina. Pyelonefrit. Exitus på 12:te dygnet. Obduktionen visade, att de intraligamentära svulsterna ej utgingo från cervix utan sammanhängde genom smala pedunklar med den exstirperade tumörens pedunkel, från hvilken en annan förgrening bildade en intrameral tumör, hvars nedre parti var nedträngdt genom cervix. Denna senare tumör var stadd i sönderfall, och från den hade en peritonit omkring pedunkeln uppstått. Den högra tumören omslöt fullständigt ureteren, den vänstra försköt ureteren framåt. Suppurativ nefrit och cystit.

Salin.

A. SMITH: **Myoma uteri, Blödninger; castratio duplex, atter opträdende Blödninger med menstruel Karakter.** Tidsskr. f. prakt. Medic. 1882, S. 230.

På en af Uterinmyom lidende Patient feretoges, efter at andre Midler forgäves var anvendte for at standse de rigelige Blödninger,

Exstirpation af bägge Ovarier; af Tuberne borttoges intet. 9 Måneder efter Operationen begyndte imidlertid atter periodiske Blödninger af menstruel Karakter. I Overensstemmelse med, hvad Lawson Tait tidligere har fremhävet, antages Grunden hertil at väre den, at Tuberne skulde kunne underholde en Slags vikarierende Menstruation, hvorfor der tilrådes i lignende Tilfälde også at exstirpere disse.

E. Poulsson.

V. HEIBERG: **Gynäkologiske Meddelelser.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 73, 93, 161, 213, 233, 253.

Forf. giver en kortfattet Fremstilling af den gynäkologiske Undersögelsesmetode og Behandlingen af de almindeligst forekommende gynäkologiske Sygdomme, således som de udföres på Howitz's Klinik på Frederiksberg Hospital. *F. Nyrop.*

Pediatrik: N. A. Quisling: Studier over Rakitens Väsen og Årsagsforhold.

N. A. QUISLING: **Studier over Rakitens Väsen og Årsagsforhold.** Prisbelönnet Afhandling. Kristiania. Forlagt af H. Aschechoug & C:o 1886.

Efter en Del indledende Bemärkninger over Rakitens Navn, Historie eg Sygdomsbegreb, omhandler Forf. förs t den kongenitale R. Blandt 200 nöje undersögte Börn (nyfödte) på Kristiania Födselsstiftelse (hvoraf 92 Gutter og 108 Piger) fandtes Tegn på kongenital R. hos 9 Gutter og 14 Piger Som hörende ind under Begrebet kongenital R. regner Forf. abnormt store Fontaneller, craniotabes, Rosenkrands o. s. v. hos sandsynligt fuldbårne Börn.

Sin Bearbejdelse af den extrauterine R. stötter han til et Materiale fra Kristiania Börnepoliklinik på 1000 Tilfälde. Med Hensyn til Alderen vare

I 1ste År	47,6 %,
» 2 »	42,1 »
» 3 »	7,4 »
Fra 3—5 »	2,0 »
Over 5 »	0,9 »

Halvårsvis fandtes de fleste Rakitikere fra 6—12 Måneder, og Sygdommens Prädilektionsalder i det hele lå mellem 6de til 8de Måned. Han fandt R:s Hyppighed at väre 13,5 %, regnet blandt det hele Klientel; men blandt Patienterne i de 3 förste Leveår derimod 19,94 %.

Af de 1000 Rakitikere vare 591 Gutter og 409 Piger. Ved Undersögelse af det specielle Procentforhold mellem Antal rakitiske Gutter og Piger, sammenholdt med det samlene Klientel, fandtes:

for Gutter af alle Aldere	13,55 %,	for Piger af alle Aldere	9,67 %,
» » i de to 1ste År	22,23 %,	» » i de to 1ste År	18,21 %.

I sine Betragtninger over Sygdommens Väsen set fra klinisk Standpunkt henpeger Forf. på de så hyppigt forekommende Exantemer (urticaria, Lichen), den rigelige Sved, Urin, Kramperne o. s. v. som utvivlsomt stående i bestemt Relation til Sygdommens Patogenese med Affektion af Nervesystemet.

Han fandt Sygdomme i Fordöjelsestractus i 61,5 %; med Hensyn til Forholdet mellem Diarré og Obstruktion, syntes Diarré overvejende hyppigt at findes i de tidligste Aldere (under 2 År), medens Obstruktion var hyppigere hos äldre Rakitikere.

Respirationsorganerne vare syge i 46,8 %.

Sädet for den rakitiske Skeletlidelse var i de forskellige Aldere följgende:

Hjärneskalrakitis	hyppigt	under	1 År,
Brystkasserakitis	»	fra	½—2 »
Extremitetrakitis	»	»	1—2 »

Efter en kritisk Sigtning af de forskellige Hypoteser over R:s Patogenese, opstiller Forf. den Tanke, hvilken da närmere begrundes under Afsnittet Ätiologi, at Surstofmangel sandsynligvis er det vigtigste patogenetiske Moment i R. Han söger at forklare dette således: på Grund af mangelfuld Lungeventilation og defekt Oxydation ophobes i Blodet og andre Legemssafter (Lymfen) Dekompositionsprodukter eller reducerende Stoffe, som udfolde sine Virkninger i flere Retninger: först *irritativt* på *Nervesystemet* (deraf Uro, Grättenhed, Kramper, vasomotoriske Lidelser) og *Ossifikationszonerne* (deraf den abnorme Proliferation, Vaskularisation o. s. v.), dernäst *formindskende Blodets Alkaliscents* (jfr Dr. POMMER), hvorved den i samme cirkulerende Kalk bindes og Aflejringen i det nydannede Benväv hindres.

I ätiologisk Henseende udtaler Forf. sig mod PARROTS Anskuelse, der i R. *altid* ser en Fölge af Syfilis.

Fordelt på Årstiderne fandt Forf. det störste Antal Patienter i *Maj* og *Juni*, mindst i Årets 3 sidste Måneder. Sätter dette i Forbindelse med Barnets indestängte Liv i Vintertiden. De få Tilfälde i Begyndelsen af Vintertiden forklares ved den foregående milde Årstids gavnlige Indflydelse, som foröger Barnets Modstandskraft. Derfor se vi, at R. först bliver hyppig i Januar, Februar o. s. v.

Sin Mening om Luftens Betydning stötter Forf. også til det Faktum, at Zigeunerbörn og de omvankende Kirgisere (BAGINSKY, HIRSCH) så godt som aldrig lide af Sygdommen. End videre til R:s Själdenhed i de sydlige Lande f. Ex. Gräkenland m. fl. Senere gennemgås Ernäringens, Ernäringssygdommes og andre kroniske og akute Lidelsers Betydning i ätiologisk Henseende; de tillägges kun stor Vägt som sväkkende Momenter. *N. Quisling.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: N. WULFSBERG: Lanolium purissimum. — F. HOCH: Kinabark och kinin. — O. HAMMARSTEN: Undersökning af kefir. — S. JOLIN: Undersökning af ett par nya pepsinpreparat. — AXEL CARSTENSEN: Analyser af köttpulver. — N. WULFSBERG: Ködpulver. — C. TH. MÖRNER: Bidrag till kännedomen om de ätbara svamparnas näringsvärde. — De spiselige Svampes Näringsvärdi. — N. WULFSBERG: Hvalfedt. Axungia Ceti. — M. ONSAGER: Infusum Quassiæ c. ol. carvi. — F. HOCH: Arsenikpröve. — H. P. MADSEN: Om Indskränkninger i Handelen med Morfin og Opiumpräparater. — Forgiftninger med Karbolsyre og deres Forebyggelse. — C. GEILL: Om Tallinet. — I. C. HOLM: Vejledning i Brugen af Bad. — I. C. HOLM: Faren ved Anvendelsen af kalde Söbad navnlig hos Börn. — S. E. HENSCHEN: Några ord om sjukgymnastiken såsom undervisningsämne för läkare och dess förhållande till kliniken.

N. WULFSBERG: **Lanolinum purissimum Liebreich.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 293.

Under et Ophold i Berlin har Dr. W. gjort sig bekendt med Fremstillingsmåden af det nyeste Präparat af »renset Lanolin». L. er et Fedtstof — Cholestearid — der findes i Pattedyrenes eg Fuglenes Horndäkke, og dannes i de dybere liggende Cellelag, hvorfra Horndäkket rekrutteres. Det lader sig emulgere med Vand, og danner efter Vandmängden en kidtagtig Masse eller en flödelignende Vädske. I det Uldfedt, der i stor Mängde fremstilles ved Fåreuldens Vaskning i Spinderierne, findes nu Lanolinet, men det er her forurenset med en vexlende Mängde frie Fedtsyrer, fra hvilke det da må befries ved en omhyggelig Rensningsproces. Det vandfri, rene Lanolin ligner Vaselinet og lader sig med Lethed indgnide i Huden. En särlig Fordel besidder L. deri, at det lader sig applicere på Slimhinder, grundet på dets Affinitet til Vand. Dr. W. anbefaler varmt Lanolin. pur. Liebreich fra Dr. DARMSTÄDTERS Fabrik, som et i enhver Henseende godt Produkt; han foreträkker det vandfri L. Nedenfor en Del Receptformler:

A. *Vandfrit L.*

1) Balsam. peruvian. 1.
Lanolin. purissimi anhydrici 9.
M. d. s.

2) Oxyd. hydrargyr. rubri 1.
Lanolin. puriss. anhydr. 9.
M. d. s.

B. *Vandholdigt L.*

1) Hydrargyri 1.
Lanolin. puriss. 2.
M. f. exstingvendo ungv. D. s.

2) Oxyd. zincic. 1.
Lanolin. pur. 9.
M. d. s.

3) Chrysobarini 1.
Lanolin. pur. 24.
M. d. s.

N. Quisling.

F. HOCH: **Kinabark og Kinin.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 116.

Forf. påviser hvorledes Udförselen af Kinabark fra Sydamerika er aftaget og tilråder at i Farmakopén, ligesom i den tyske Farmakopé, optages Barken af de i Ostindien dyrkede Cinchona-Arter sp. cinchona succirubea. De vigtigste Produktionssteder er Ceylon og Java samt Bengalen og Madras. I Ostindien plejer man ikke at rodhugge Träerne men skräller Barken forsigtigt af. *H. Heiberg.*

O. HAMMARSTEN: **Undersökning af kefir.** Upsala läkareför. förh., bd 21, s. 242—273.

Förf. har undersökt kefir särskildt med hänsyn till förekomsten af pepton och peptonartad substans, samt för att afgöra hvilka förändringar mjölkens kasein kan undergå vid kefirberedningen. Mängden peptonartad substans har alltid funnits vara helt ringa (högst 0,12 %) och visade sig vid närmare undersökning ej vara något äkta pepton utan endast propepton och förändrad ägghvita (kasein). Någon praktisk betydelse kan således enligt förf. det pepton, som finnes i kefir, icke hafva. Kaseinet undergår vid kefirberedningen ingen mer genomgripande förändring, och blifver ej lättlösligare utan tvärtom svårlösligare, åtminstone i alkali och i syra. Den hufvudsakliga skilnaden mellan kaseinet i mjölk och i kefir består enl. förf. däri, att kaseinet i mjölken, då det fälles af syran i magsaften ger ett kompakt koagulum, medan kefirkasein från början befinner sig såsom en finflockig fällning, som bibehåller sig lika lucker äfven efter tillblandning af utspädd syra. *K. Mörner.*

S. JOLIN: **Undersökning af ett par nya pepsinpreparat.** Hygiea 1886, s. 154—167.

Förf. har undersökt »d:r CARL JENSENS krystalpepsin» och »JENSEN & LANGENBECK-PETERSENS pepsinum concentratum», hvilka båda befunnos vara goda preparat, det senare något kraftigare. 0,4 gm motsvarar 10 kcm. af PILTZ' pepsin-elexir. Efter partipris 8 öre för gm blifver »pepsinum concentratum» något billigare än PILTZ' preparat; detaljpriset får dock icke öfverstiga 14 öre om det ej skall blifva dyrare. *K. Mörner.*

AXEL CARSTENSEN: **Analyser af köttpulver.** Upsala läkareför. förh., bd 21, s. 639—649.

Förf. har undersökt fem i handeln förekommande preparat af torkadt kött nämligen:

1) Pandre de viendu Rousseau (franskt),
2) Patent Fleischpulver, carne pura (amerikanskt),
3) köttpulver från Alb. Stocker,
4) kemiskt fettbefriadt köttpulver från apoteket Hvita björn,
5) mekaniskt fettbefriadt d:o d:o.

Beträffande hållbarheten anmärkes, att n:r 2 efter förvaringskärlets öppnande snart förändrade och anteg en dålig lukt.

Vattenhalten var 8,65—9 % (i n:r 4 endast 4,81 %). Ägghvitehalten varierade från 64,74 % (i n:r 2) till 85,9 (i n:r 4): fettmängden från 0,82 (i n:r 1) till 8,96 (i n:r 2). Mängden salter var i n:r 2 stor, beroende på tillsats af koksalt. Mängden extraktivämnen var i n:r 4 och 5 ringa, emedan de beredas af kokadt kött.

Digestibiliteten företedde tämligen betydliga växlingar: under en gifven tid hade af n:r 2 digererats 98,24 %, af n:r 3 endast 60,93 %.

Såsom en förtjänst hos preparaten 1 och 4 framhålles att de vid beredningen behandlas med alkohol, hvarför man har större säkerhet då de icke äro förorenade af skadliga ämnen (ptomainer).

K. Mörner.

N. WULFSBERG: **Ködpulver.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 153.

Forf. har på det af ham bestyrede Diakonissehus selv tilberedt sit Ködpulver. Ködet blev skåret frit for Ben, Sener og Fedt, törret over Vandbad og malet på en Kaffekvärn samt derpå sigtet gennem et Pulversold. Han minder om en Fare ved Ködpulver, nemlig Overförelse af Parasiter og måske Tuberkulose. *H. Heiberg.*

C. TH. MÖRNER: **Bidrag till kännedomen om de ätliga svamparnas näringsvärde.** Upsala läkareför. förh., bd 21, s. 545—563.

Afhandlingen innehåller omfattande undersökningar öfver svamparnas kväfvehalt, huru denna fördelar sig mellan ägghvita och andra kväfvehaltiga ämnen, samt huru mycket af ägghvitan, som kan anses vara åtkomlig för digestionen.

I de hos oss brukliga svamparna befans en rätt betydlig del af kväfvet tillhöra de icke ägghviteartade ämnena och således vara af underordnad betydelse för svamparnas näringsvärde. Mängden ägghvita varierade betydligt hos olika svampar, från 8,3 % hos fårtickan till 35,9 % hos den stora röksvampen (beräknadt i % af torrsubstansen). Af denna ägghvita var alltid en ganska stor del olöslig i digestionsvätskorna; hos en del såsom fårticka, kantarell två tredjedelar, hos champignon en fjärdedel; i medeltal var något mer än hälften af ägghvitan digestibel.

De färska svamparna stå med afseende på sitt näringsvärde närmast kålsorterna. De lufttorra svamparna kunna med afseende på sin sin ägghvitehalt jämföras med hvetemjöl.

Såsom slutomdöme om svamparnas plats ur näringsvärdets synpunkt uttalar förf. den åsigten, att den bör förläggas under nästan alla andra födoämnens och att svamparna hafva sitt största värde såsom njutningsmedel. *K. Mörner.*

De spiselige Svampes Näringsvärdi. Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 185.

Et kritisk Referat af MÖRNERS og SALTETS Undersögelser.

Buntzen.

N. WULFSBERG: **Hvalfedt. Axungia Ceti.** Tidsskr. f. prakt. Medic. 1886, S. 205.

W. henleder Opmärksomheden på et af Firmaet Sunde & Schanke fremstillet Hvalfedt N:r 1 som et fortrinligt Salvegrundlag, da det let smelter medens det vist nok ikke er frit fra Tranlugt.

M. ONSAGER: **Infusum Quassiæ c. ol. carvi.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 207.

Forf. anbefaler for at hindre Dekomposition at tilsätte infusum quassiæ frigid. parat. (75,00—750,00) med 20 Dråber ol. carvi.

H. Heiberg.

F. HOCH: **Arsenikpröve.** Tidsskr. f. prakt. Medicin 1886, S. 165.

Forf. anbefaler MAGENCOU & BERGERETS Arsenikpröve. Substansen, der skal undersöges, anbringes i Reagensrör sammen med Zink og pågydes 5—10 Gm Klorvandstofsyre. Blandingen ophedes svagt over Flamme eller i Vandbad. Dampene, som udvikles, ledes mod et hvidt Stykke Filtrerpapir, fugtet med 2—5 % Sublimatoplösning, hvorved fremkommer en citrongul Flek (gråbrun ved Antimon).

H. Heiberg.

H. P. MADSEN: **Om Indskränkninger i Handelen med Morfin- og Opiumspräparater.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 29.

Efter en Oversigt over de i de forskellige evropäiske Stater gäldende Love angående Salg af Morfin og Opium, og efter at have påvist de Måder, hvorpå disse omgåes, tager M. Ordet for, at Staten söger så kraftigt som muligt at gribe ind på dette Område, og at det ved internationale Overenskomster mellem Staterne bestemmes, at disses Love også gälde for Udländinge. *Buntzen.*

Forgiftninger med Karbolsyre og deres Forebyggelse. Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 113.

En Diskussion af Sundhedskollegiets Cirkuläre angående Salg af Karbolsyre af 9 December 1885 og et Referat af de danske Kredslägeforeningers Resolutioner angående denne Sag. *Buntzen.*

C. GEILL: **Om Tallinet.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 717.

G. har forsögt Tallinet hos 20 Patienter (10 Ftiser, 4 typhus, 2 puerperale Febre, 2 Empyemer, 1 Pnevmoni, 1 pleuritis). 2 af Patienterne vare Börn. Det svovlsure Tallin blev anvendt. Dosis var i Begyndelsen 20—25 Cgm hver 2den Time, senere Doser på 10—12 Cgm hver Time. Ingen Patient har fået mere end 2 Gm i Dögnet. Den störste anvendte Mängde til 1 Patient har väret 16 Gm i 13 Dage. Der iagttoges ingen ubehagelige Bivirkninger undtagen den stärke Sved, der isär fremtrådte hos Ftisikere. En specifik Virkning fandtes ikke i noget Tilfälde. Ved längere Tids Brug viste der sig

en tydelig Tilvänning til Midlet, som isär fremtrådte ved de tyfoide Febre. I alle Tilfälde konstateredes den antipyretiske Virkning, tydeligst hos Ftisikerne. — G. anviser Tallinet en Plads mellem Kairin og Antipyrin, i det han sätter det sidste Middel höjest.

Buntzen.

I. C. HOLM: **"Vejledning i Brugen af Bad".** Alb. Cammermeyers Forlag. 50 Sider.

I Bogen gives en populär Fremstilling af de forskellige Badeformers Indvirkning på den menneskelige Organisme og Vejledning i deres rette Brug. Bogen omhandler Karbad, romerske eller tyrkiske Bad, Badstubad, den kölige Afvadskning, Afgnidning, Regndusch og kolde Söbad. Andet Oplag er nylig udkommet.

I. C. HOLM: **Faren ved Anvendelse af kolde Söbad navnlig hos Börn.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 237.

Der advares mod den kritiklöse Anvendelse af Söbad särlig hos svagelige Börn. Forf. fremholder de kolde Söbades indgribende Virkning på Stofvexelen og Varmeökonomien; Söbade er en af Hydroterapiens mest aggressive Former og bör derfor lige overfor Individer, hvis Ernäring eller Sundhedstilstand lider, väre underkastet den medicinske Terapis almindelige Love med Hensyn til Anvendelse og Dosering. Forf. anförer fra sin Praxis Tilfälde, der godtgör Rigtigheden af denne Opfatning, der end videre finder Stötte i det nys udkomne Värk af Prof. ARNDT »die Nevrasthenie, das Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung». Organismen må ved daglig Brug af Söbad väre i Besiddelse af de nödvendige Betingelser for at kunne besvare de Indgreb, der göres i den almindelige Varmeökonomi, med en tilsvarende kraftigere Funktion af de Organer, der stå i Stofvexelens Tjäneste; ellers vil Kräftetab og Afmagring finde Sted. Til Slutning anföres almindelige Kavteler for Anvendelsen af kolde Söbad.

I. C. Holm.

S. E. HENSCHEN: **Några ord om sjukgymnastiken såsom undervisningsämne för läkare och dess förhållande till kliniken.** Upsala läkareför. förh., bd 20, s. 134.

Ofvan stående uppsats är mindre lämplig för ett kort referat, och ur den samma må endast framhållas följande. Först lemnar förf. en öfversigt af de sjukdomar, i hvilka sjukgymnastiken med fördel användes, visande, att rörelsebehandlingen är ett af de generellare läkemedlen mot kroniska sjukdomar. Därefter öfvergår förf. till den egentliga frågan och förordar undervisning i sjukgymnastik vid våra kliniker. Som förberedelse härtill anser han fordras en kort kurs i tekniken, lämpligast vid tiden efter genomgångna anatom. och fysiolog. kurser. Då sjukgymnastikens ordination tillhör läkarens område, skulle de yngre därigenom vid kliniken få tillfälle att se resultaten och blifva öfvertygade om behandlingens nytta och värde, och i vidsträcktare

mon börja använda den samma. Sjukgymnastiken skulle äfven vinna på en dylik förening med kliniken, dels genom att den kunde få ett fast vetenskapligt underlag och därmed allmänt erkännande bland läkarne, dels genom utvidgande af dess verksamhetsområde. Att kliniei ej ega nog stor kännedom om de gymnastiska behandlingsmetoderna för att kunna lemna undervisning åt unge läkare, anser förf. ej utgöra något hinder, ty detta hjälpes genom anställandet af en lärare i sjukgymnastiska behandlingen. I samband härmed omnämner förf., att vid hans klinik i Upsala sjukgymnastik anordnats under medverkan af en van sjukgymnast. *Köster.*

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: Fränkel: Om Hypnotismen i medikolegal Henseende. — Hans Bendz: Bidrag till kännedomen om hängningsdödens fenomen. — Lägens ökonomiske Stilling. — A. Larsen: Lägens Forpligtelse ved Udstedelsen af en Rekvisitionsseddel til en Sygeplejeforening. — M. Hastrup: Bidrag til Nordgrönlands Nosografi. — C. Lange: Congrès périodique international des sciences médicales. — G. Naumann: Sjukhuset i Bjuf. — E. Hornemann og H. Westergaard: Förste Beretning fra den af den engelske Regering i 1884 nedsatte kongelige Kommission til at undersöge de arbejdende Klassers Boliger. — M. Sondén, E. Heyman och M. Aspelin: Undersökning rörande anmärkt stor sjuklighet bland boktryckarna i Stockholm. — M. Rubin og H. Westergård: Landbefolkningens Dödelighed i Fyens Stift. — Th. Sörensen: Konnexen mellem Sexualforholdet hos födte og Forældrenes indbyrdes Aldersforhold. — P. A. Schleisner: Årsberetning angående Sundhedstilstanden i Köbenhavn 1885. — Klas Linroth: Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1885 och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd. — Giersing: Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse. — Budde: Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande, med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning. — Den offentlige Sundhedspleje og Faren for en Kolerainvasion. — Kongl. Maj:ts nådiga kungörelse d. 12 juni 1885, angående karantänsföreskrifter, att tillämpas då kolerafall inträffa i eller i närheten af hamn inom Europa. — Chr. Tryde: Hygiejniske Undersögelser. — A. G. Drachmann og Axel Hertel: Sundhedslära. En almindelig Fremstilling af Sundhedsplejens Anvendelse i det offentliges Tjäneste og i det daglige Liv. — Edv. Kaurin: Nogle Tilfälde af Difterit. — Richard Sievers: Om meningitis cerebro spinalis epidemica i Sverge, Norge och Finland. — L. W. Fagerlund: Finlands leprosorier I. — K. Linroth: Lyssans förekomst i Sverge från äldre tider till nu. — Klas Linroth: Från anstalter för odling af animal vakcin i Stockholm.

FRÄNKEL: **Om Hypnotismen i medikolegal Henseende.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 281.

Forf. debatterer det interessante Spörgsmål, om Hypnotismen kan misbruges til Udförelsen af Forbrydelser, som han er tilböjelig til at besvare bekräftende. Det er jo i dobbelt Henseende, at denne Mu-

lighed foreligger, i det dels den värgelöse Tilstand, hvori den hypnotiserede befinder sig, gör ham (eller hende) udsat for voldelige Attentater, isär Voldtägt, dels den Mulighed ikke kan nägtes, at Magnetisören ved de »opsatte Indskydelser» kan göre Individet til et viljelöst Redskab til Udförelsen af en Forbrydelse.

På den förste Slags Forbrydelser foreligger der Exempler, og Forf. gengiver her noget af den i övrigt meget tarvelige Kasuistik for Udlandet. Den anden Slags Forbrydelser ere endnu, så vidt vides, ikke prövede i Praxis; men da mange Forsög tyde på Muligheden, mener Forf., at Sagen fortjäner yderligere Undersögelser og Påagtning fra Lägernes og Juristernes Side. *Friedenreich.*

HANS BENDZ: **Bidrag till kännedomen om hängningsdödens fenomen.** Lund 1885. Kvart, 50 sidor jämte en tabellarisk sammanställning af 83 fall af självmord genom hängning.

Såsom underlag för afhandlingen tjänar en af förf. verkstäld tabellarisk sammanställning af 83 fall af självmord genom hängning, hvilka alla, på ett undantag när, blifvit undersökta vid medicinska fakulteten i Lund. Afhandlingen är för öfrigt uppstäld i 4 afdelningar. I den första af dessa angifver förf. afhandlingens syfte, nämligen »att gifva en kort framställning och granskning af hängningsdödens fenomen ur rättsmedicinsk synpunkt sedda», framhåller vidare på anförda grunder vigten för rättsläkaren att väl känna de fenomen, hvilka känneteckna hängningsdöden såsom sådan samt lemnar en, hufvudsakligen till den svenska literaturen inskränkt historik af ämnet intill 1853, eller tiden för utgifvandet af a. T. och A. H. Wistrands handbok i rättsmedicin.

I den andra afdelningen behandlar förf. historiskt och kritiskt frågan om den egentliga dödsorsaken vid hängningsdöden och förloppet därvid.

Den tredje afdelningen är hufvudsakligen egnad åt att från förf:s sida inlägga en reservation, beträffande den i rättsmedicinskt hänseende mycket underordnade betydelse, som de fleste, särskildt tyske författare tillerkänna de vid hängningsdöden uppträdande s. k. kväfningstecknen.

Samtliga dessa afdelningar omfatta 16 sidor, under det att de öfriga äro egnade åt en granskning »af förhållandena vid hängning och af de lifsfenomen, som pläga stå i samband med den samma». I denna afdelning behandlar förf., under hänvisning till och kritik af sina fall, efter hvarandra frågorna om kroppens ställning vid hängningsdöden, hängningsvehiklet, förändringarna på likets hals och öfriga tecken, hvilka mer och mindre berättigadt blifvit anförda såsom för hängningsdöden egendomliga, och mera tillkommande denna såsom sådan än såsom en art af kväfning, samt slutligen de s. k. kväfningsfenomenen. Hvad dessa senare vidkommer, sysselsätter sig förf. relatift utförligt med blodhalten hos njurarna och förekomsten af ekkymoser i ansigtet, ögonens bindhinnor och i inre organ. I den förra frågan sluter sig förf. till Maschkas opposition mot E. v. Hofmann, hvilken senare i den vanligen förekommende njurhyperemien endast ser ett postmortalt fenomen. Beträffande de nämnda ekkymosernas

uppträdande åter, är förf. med stöd af sin kasuistik en anhängare af den TARDIEUska läran, att dessa ekkymoser icke »generelt och dogmatiskt taget» tillhöra hängningsdöden, och anser, att de i de sällsynta fall, där de förekomma, äro att tyda såsom tecken till en mera »ansträngd dödskamp» än den, som är utmärkande för den typiska hängningsdöden.

Förf:s kasuistik erbjuder många, utförligt refererade fall af stort intresse. *A. Key-Åberg.*

Lägens ökonomiske Stilling. Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 147, 239, 292, 295 (af »Spectator», NÖKKENTVED, V. INGERSLEV).

De anförte Artikler omhandle de slette ökonomiske Vilkår, hvorunder Lägerne, isär på Landet, virke, og tage Ordet for en almindelig kollegial Sammenslutning for at opnå bedre Forhold, til Dels ved Tilvejebringelsen af Lovbestemmelser, der sikre Lägerne en passende Betaling for deres Arbejde. *Joh. Möller.*

A. LARSEN: **Lägens Forpligtelse ved Udstedelsen af en Rekvisitionsseddel til en Sygeplejeforening.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 322.

Meddeler et Tilfälde, hvor en Sygeplejeforenings Sagförer betragtede en Rekvisitionsseddel fra en Läge på en Sygeplejerske til en af Lägen behandlet Patient som Kavtionsbevis for Betalingen for den ydede Sygepleje, og krävede denne erlagt af Lägen, — en Opfattelse, der dog under de närmere Forhandlinger om Sagen frafaldtes af Foreningens Bestyrelse. *Joh. Möller.*

M. HASTRUP: **Bidrag til Nordgrönlands Nosografi.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 758, 779.

Hele Befolkningen i dette kun til Dels beboede store Lägedistrikt, der indtager Grönlands Vestkyst omtr. i 5 Breddegraders Udsträkning (fra 68°—73°), udgjorde i 1884 4328 Individer, henhörende til den eskimoiske Stamme, men dog efterhånden stärkt blandet med evropäisk Blod. Gennemsnitsmortaliteten har for de to Decennier 1865—84 efter Forf:s Beregning väret 29 p. M. og nogenlunde ligelig fordelt over hele Året. En nöjere Bestemmelse af Dödsårsagen er på Grund af de uheldige lokale Forhold umulig; kun fremhäver Forf. Ftise og Brystbetändelse som meget hyppige Dödsårsager. I nogle af de anförte År har der hersket forskellige Epidemier, som have medfört väsentlig Stigning af Mortalitetsprocenten, således i 1865—66 diphtheritis, i 1871—72 Mäslinger. Af särlig Betydning og Hyppighed have i dette Tidsrum Influenza-Epidemierne väret, ofte ondartede og komplicerede med häftige Brystaffektioner. 1867 optrådte Sygdommen med overordentlig Häftighed og bortrev omtr. 120 Individer (d. e. over Halvdelen af Årets samtlige Dödsfald). Den er konstant optrådt i de förste Sommermåneder. Katarralske Affektioner ere i det hele särdeles hyppige, og det samme gälder om kroniske revmatiske Tilfälde, medens den egentlige revmatiske Feber synes at väre over-

ordentlig själden. Syfilis har Forf. aldrig truffet, og scabies, der tidligere angives at have väret meget almindelig, kun själdent. Ekzem har vist sig at väre meget udbredt. Nogen Form af cancer har Forf. ikke iagttaget, derimod har han set 7 Tilfälde af en ejendommelig Svulst i lobulus auris hos Kvinder med Ringhul i Öret. I et enkelt Tilfälde var den så stor, at den nåede ned til Skulderen. Den var fast fibrös at föle på, aldeles smertefri, havde udviklet sig meget langsomt og forekom Forf. i det hele at minde om de hos Negerinder beskrevne Keloider. Egentlige Sindssygdomme ere själdne, Idioti synes derimod at väre i tiltagende.

Til Slutning dväler Forf. ved en ejendommelig grönlandsk Innervationsforstyrrelse, »Svimmelhed i Kajak», hvorved den syge bliver udnelig til Fangst, og som opträder pludseligt uden noget som helst andet Ildebefindende, mest om Sommeren på blank, rolig Sö. I Modsätning til andre Iagttagere tror Forf. ikke, at Sygdommen udelukkende skyldes den ganske vist enorme Nydelse af Kaffe og Tobak.

Jul. Petersen.

C. LANGE: **Congrès périodique international des sciences médicales.** 8:me session. Copenhague 1884.

Compte-rendu. Tome I—IV. Copenhague 1886.

G. NAUMANN: **Sjukhuset i Bjuf.** Med 2 taflor. Hygiea 1886, s. 516.

Det utmärkande för detta sjukhus, beräknadt för 20 sängar, är, att sjuksalarna äro cirkelrunda, hvilken form förf. framhåller såsom ur flere synpunkter hygieniskt fördelaktigt. För ventilationen och uppvärmningen redogöres utförligt. Sjuhhusets kostnad med tomt, dränering, inventarier och planteringar belöpa sig till omkr. 20,000 kr.

E. Heyman.

E. HORNEMANN og H. WESTERGAARD: **Förste Beretning fra den af den engelske Regering i 1884 nedsatte kongelige Kommission til at undersöge de arbejdende Klassers Boliger.** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 83.

Forff. give et udförligt Uddrag af den oven nävnte omfangsrige Beretning. Efter en Udsigt over de engelske Love, der tilsigte at forbedre Forholdene ved de arbejdende Klassers Boliger, meddeles der i dette Uddrag Oplysninger om disse Boligers Tilstand i London og andre större Byer i England, särlig om Overbefolkningen, dernäst også om forskellige andre slette hygiejniske Forhold, således vedrörende Affaldsstoffernes Fjärnelse, Vandforsyningen, Klosetindretningerne, skadelige Håndteringer og Bygningernes Tilstand. Der gives en udförlig Fremstilling af den Indflydelse, Overbefolkningen, isär Enkelt-Rum-Systemet (det samme Rums Beboelse af Personer af alle Aldere og Kön), har på Beboernes Sädelighed og legemlige Sundhed. Blandt Årsager til Overbefolkningen nävnes först Beboernes Fattigdom eller Misforholdet mellem Indtägt og Husleje, dernäst de mange af forskellige Grunde foretagne Rydninger og Nedbrydninger af Bygninger, samt nogle andre for de engelske Forhold särlige Årsager.

Af Midler, der i Kommissionsberetningen foreslås mod de bestående Onder, fremhäves: en almindeligere Oprettelse af Ligkapeller (Liget beholdes ofte länge i Familjens Opholdsvärelse), Indförelse af skarpere Kontrol med beboede Kälderlejligheder, Bestemmelser om Höjden af Bygningerne og Störrelsen af det ubeboede Areal ved hver Bygning, kraftigere Tilsyn med de fattiges Boliger ved sagkyndige Mänd, Offentliggörelse af Beretninger om de hygiejniske Forhold i de enkelte Distrikter, Opförelsen af sunde Arbejderboliger med Understöttelse af Staten ved billige Lån, Skärpelse af Kontrollen med Ejendommenes Renholdelse m. m.

Til Slutning meddele Forff. nogle Oplysninger vedrörende Spörgsmålet om Overbefolkning for Köbenhavns Vedkommende, for hvilken By Forholdet i flere Henseender stiller sig endog mindre gunstigt end for London. Af de meddelte data skal anföres: Medens der i London gennemsnitlig lever omtr. 70 Mennesker på hver Tönde Land, i Paris omtr. 150, er der i Köbenhavn indenfor Voldlinien endog 160 Mennesker på hver Tönde Land. Efter Folketällingen 1880 boede i alt mellem $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{4}$ af Befolkningen i Ejendomme med 100 Mennesker eller flere i hver; 12 % af Befolkningen boede i Kälder og på Kvist, 22,5 % i Side- og Baghuse. 21600 Husstande eller nästen Halvdelen af samtlige Husstande (på over 1 Person) boede i små Lejligheder med 1 til 2 Värelser; 1102 Familjer på 5 eller flere Personer måtte nöjes med ét Värelse.

Forff. önske Nedsättelsen af en kongelig Kommission til Undersögelse af de her berörte Forhold, samt anbefale Understöttelsen af Besträbelserne for at skaffe den arbejdende og fattige Klasse sunde og billige Boliger. *Joh. Möller.*

M. SONDÉN, E. HEYMAN och M. ASPELIN: **Undersökning rörande anmärkt stor sjuklighet bland boktryckarne i Stockholm.** Hygiea 1885. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 93.

Materialet, som ligger till grund för undersökningen, består af sjukattesterna till boktryckarnes sjukhjälpskassa för 5 år. Resultatet visar, att samma förhållanden råda här som öfveralt bland typograferne: bröstsjukdomarnas frekvens är öfvervägande, hvartill förnämligast bidrager lokalernas mindre tjänliga beskaffenhet med bristande eller otillräcklig ventilation, för hög temperatur, damuppfyld luft m. m., samt därjämte bristande omtanke i fråga om den privata hygienen.

E. Heyman.

M. RUBIN og H. WESTERGÅRD: **Landbefolkningens Dödelighed i Fyens Stift.** Et Bidrag til en Dödelighedsstatistik for Kongeriget Danmark. Köbenhavn 1886. 105 S.

Forff:s Undersögelse er fremkommen for at kunne benyttes ved Behandling af Spörgsmålet om Arbejderforsikring, i det det forhåndenvärende Materiales Uanvendelighed viste sig ved forelöbige Undersögelser i Anledning af et for få År siden fremkommet Regeringsforslag til Alderdomsforsörgelse for Arbejdere. Dels fordi der fra TH. SÖRENSENS Hånd foreligger rationelle Undersögelser over Dödeligheden i

Köbenhavn og Köbstäderne, dels fordi Landbefolkningens Sondring efter Erhverv er simplere og Resultaterne på Grund af Landbefolkningens mindre Bevägelighed pålideligere, have Forff. som Genstand for deres Undersögelse valgt Landbefolkningen, og da en Undersögelse for hele Landets Vedkommende vilde kräve et uoverkommeligt Arbejde, indskränket sig til et enkelt Stift: Fyen. Undersögelsen andrager Årene 1876—83 med Folketällingen 1880 som Grundlag for Beregning og Fordeling efter Erhverv af levende og med Dödsattesterne supplerede med Udskrift af Kirkebögerne som Grundlag for Beregning af Antal og Fordeling efter Samfundsstilling af döde. På mangfoldige Punkter er dette Materiale kontrolleret og korrigeret ved direkte Henvendelse til Personer (Lärere og Läger) på Stedet, og til Belysning af dette Arbejdes betydelige Omfang anföres, at der for omtr. 80000 af de 164358 Personer, som Undersögelsen angår, er sögt specielle Oplysninger. De ved Folketällingen i de egentlige Landdistrikter fundne 164358 Personer (så vel som de i samme Distrikt i de nävnte 8 År döde 18088 Personer) over 5 Års Alderen fordeles, hvert Kön for sig, på 22 Erhvervsgrupper og 11 Aldersklasser.

Efter at der i 1ste Afsnit af Bogen er gjort Rede for Materialets Tilvejebringelse og Undersögelsens Formål, undersöges det i Afhandlingens 2det Afsnit, hvad der af disse Tal fremgår om den levende Befolknings Fordeling på de forskellige Erhverv og Bevägelsen mellem de forskellige Erhvervsklasser. I de Aldersklasser, der med Hensyn til Erhverv, Opholdssted o. s. v. frembyde den störste Stabilitet, Aldersklasserne 35—55 År, udgör Gårdmandsklassen over 25 % af den samlede Befolkning, derefter komme jordbesiddende Husmänd med 20,73 %, Håndvärkere med 19,56 %, jordlöse Husmänd med 17,09 % og Tyende med 5 %, medens samtlige övrige Livsstillinger kun omfatte 12,3 % af den samlede Befolkning. De mest iöjnefaldende Forskydninger mellem de nävnte Erhvervsgrupper, som Forff. påpege, er den rigelige Afgang i den opvoxende Alder fra en Del af de andre Grupper, navnlig Husmandsklassen, til Tyendegruppen, som i 15—20 Års Alderen udgör henved $\frac{2}{5}$ af Befolkningen, og senere tilbage igen fra denne Gruppe til Gårdmänd, Husmänd og Håndvärkere, således at Antallet af Tyende, som bemärket, i 35—55 Års Alderen er reduceret til $\frac{1}{20}$ af samme Aldersklasses Befolkning. Efter 55 Års Alderen påvises den rigelige Afgang fra de forskellige Erhverv til Aftägtsfolkenes, Pensionisternes og Fattiglemmernes Klasser. I Aldersklasserne over 55 År udgöre Aftägtsfolkene over 18 % af samtlige levende, og i Aldersklasserne over 75 År udgöre de Personer, som have opgivet deres Erhverv (Kapitalister, Pensionister, Aftägtsfolk og Fattiglemmer) af Mandkön og Kvindekön henholdsvis 62,7 og 72,0 % af det hele levende Personantal. Medens Forff:s Materiale på Grund af dets Beskaffenhed ikke lader sig sammenligne med de officielle Opgörelser fra statistisk Bureau, söges der gennem en Sammenligning af Bureauets Erhvervsgruppering for Fyens Landdistrikter med sammes Gruppering for samtlige Kongerigets Landdistrikter Oplysning om, efter hvilken Målestok Forff:s Resultater fra Fyen måtte kunne lade sig overföre på det övrige Land. Hvorvel der ikke for de störste

Gruppers Vedkommende findes afgörende Forskelligheder mellem Fyens og det övrige Lands Landdistrikter, påvises der dog en Del Uligheder: et större Antal Tyende, en mindre talrig Indsidder- og Daglejerklasse og et ringere Antal Aftägtsfolk på Fyen — i det hele Symptomer på relativ gunstigere sociale Forhold på Fyen.

I et tredje Afsnit omhandles på Grundlag af de anförte Tal Dödelighedsforholdene i de fyenske Landdistrikter for hver enkelt af de opstillede Erhvervsgrupper. For Mändenes Vedkommende findes her en forholdsvis höj Dödelighed, navnlig i de yngre Aldersklasser hos Personer udenfor Virksomhed (Aftägtsmänd, Fattiglemmer, Kapitalister og rimeligvis Pensionister); i de äldre Aldersklasser udjävnes denne Forskel til Dels. For Kvinderne, navnlig af de ubemidlede Klasser, synes Aftägtsforholdet snarere at betinge en Forögelse af Levesandsynligheden. Blandt de större Erhvervsgrupper frembyde navnlig Fiskerne meget gunstige Dödelighedsforhold; det samme gälder Håndvärkerne, når for Mändenes Vedkommende de af phthisis hjemsögte Aldersklasser undtages; også Handelsstandens Levedygtighed er i det hele god. Derimod frembyde Jordbrugerne gennemgående mindre gunstige Dödelighedsforhold, og for den egentlig produktive Alder er der påfaldende nok ikke her nogen synderlig Forskel på Forholdene i de besiddende og de besiddelseslöse Klasser. For bägge Köns Vedkommende i Barnealderen og for Mändenes Vedkommende i Oldingealderen lader Indflydelsen på Mortaliteten af de besiddende Klassers bedre Kår sig derimod tydelig påvise. Forff. drage den Slutning, at Landbrugerne udsättes for sundhedsfarlige Potenser, som de ved passende hygiejniske Foranstaltninger burde kunne värge sig mod. — Ved en Sammenligning af Totaldödeligheden i Fyens Landdistrikter med Dödeligheden blandt Öernes Landbefolkning under ét og Jyllands Landbefolkning (efter det officielle statistiske Materiale) vise Forholdene på Fyen sig väsentlig gunstigere, hvortil Forff. söge Årsagen dels i, at de egentlige Köbstadsogne for Fyens Vedkommende ere holdte ude af närvärende Beregninger, dels i klimatiske og hygiejniske Forhold, og Forff. fremhäve til Slutning, at de her for Fyens Vedkommende påpegede Resultater ikke i Praxis uden videre lade sig anvende på de övrige Landsdele, men kun kunne tjäne til forelöbig Vejledning med Hensyn til Landboerhvervenes forskellige Indflydelse på Dödeligheden.

Emil Madsen.

TH. SÖRENSEN: **Konnexen mellem Sexualforholdet hos födte og Forädrenes indbyrdes Aldersforhold.** Hosp.-Tid., R. 3, Bd 4, S. 841, 865.

Forf. underkaster de Undersögelser en Kritik, som hidtil ere anstillede angående Spörgsmålet om, hvilke de Momenter ere, som have Indflydelse på at bestemme det menneskelige Fosters Kön. Gennem en Sammenstilling for forskellige evropäiske Lande af det i hvert enkelt Land indtrufne Antal Drengefödslers Forhold til det efter et evropäisk Gennemsnitsforhold (1053 : 1000) kalkulerede Antal (beregnet for samtlige levendefödte ägtefödte Drengebörn for Perioder af 3—6 År) påvises det, at Afvigelsen fra det beregnede kun for Englands, Italiens og det cisleithanske Österrigs Vedkommende er så meget

större end den antagne Middelfejl, at Afvigelsen (for Englands Vedkommende et ÷, for de to andre Landes Vedkommende et + i Drengefödslernes Antal) ikke kan antages at skyldes Tilfældigheder. — Med Hensyn til Spörgsmålet om, hvilke de »virkelige Årsager» ere, som ligge til Grund for Afvigelsen, omtaler Forf. först de hidtil anstillede Undersögelser over Årsagerne i Almindelighed til Drengefödslernes Overvägt i Antal over Pigefödslerne, men kommer her til den Slutning, at de fleste tidligere Undersögere — HOFACKER, SADLER, GÖHLERT, LEGOYT, NOIROT, AHLFELD, SCHRAMM — have rådet over så små Tal, at der intet kan anses bevist ved deres Undersögelser. Heller ikke de nyere, på »Norges officielle Statistik» baserede Beregninger give efter Forf:s Undersögelser noget pålideligt Resultat og skulle navnlig ikke kunne benyttes til at modbevise den HOFACKER-SADLERske Hypotese, at »äldre Fader med forholdsvis yngre Moder avler flest Drenge, Fader af samme Alder som eller yngre end Moderen flest Piger». — For at pröve, om Forældrenes indbyrdes Aldersforskel mulig kunde antages som en Hovedårsag til Differensen mellem de forskellige Landes Sexualforhold blandt födte, beregner Forf. for de undersögte Landes Vedkommende Mandkönnets og Kvindekönnets Gennemsnitsalder ved Vielsen og sammenligner derefter den mellem de to Kön fundne virkelige Aldersforskel med den Aldersforskel, som lader sig kalkulere på basis af de födtes Könsforhold, når man (med Belgien som paradigma og beregnet alene for Mänd og Kvinder i den frugtbare Periode af Livet) går ud fra, at der til hver Procent Overvägt på Drengefödslernes Side svarer en bestemt gennemsnitlig Aldersovervägt ($\frac{3}{4}$ År) på de viede Mänds Side; og med en enkelt Undtagelse (Frankrig) finder Forf. her en påfaldende Overensstemmelse mellem den således efter de födtes Sexualforhold beregnede og den virkelig forefundne Aldersforskel mellem de viede. — Som et Supplement hertil meddeler Forf. for Danmarks Vedkommende en lignende Undersögelse for en längere Årräkke (1855—79) og finder også her ganske god Overensstemmelse mellem de beregnede og de virkelige Forhold. — Det viser sig altså gennemgående, at, når Drengeoverskuddet i et Land er over det for samtlige undersögte Lande gennemsnitlige, er også de viede Mänds Gennemsnitsovervägt i Alder for dette Land större end det for samtlige Lande fundne Gennemsnit og omvendt, og Forf. anser det derfor ved den foreliggende Undersögelse sandsynliggjort, at Forskellen i Forældrenes Alder spiller en Hovedrolle som Årsag til Differensen i Sexualforholdet blandt födte.

Emil Madsen.

P. A. SCHLEISNER: **Årsberetning angående Sundhedstilstanden i København for 1885.** København 1886.

I Året 1885 anmäldtes af gennemsnitlig 217 Läger i alt 47499 Tilfälde af epidemiske Sygdomme, d. e. (Folketallet ansat til 284000) 129 Tilfälde for hver 1000 Indbyggere (i 1884 173, gennemsnitlig i de sidste 10 År 160), altså en forholdsvis ringe Sygelighed, for så vidt angår epidemiske Sygdomme, ringere end i noget af de närmest forudgående 9 År (det bemärkes, at der med 1885 er indfört enkelte

Forandringer i Sygelisternes Nomenklatur, som mulig ikke have väret uden Indflydelse i så Henseende). Formindskelsen i Antallet af anmäldte Tilfälde falder på samtlige epidemiske Sygdomme med Undtagelse af scarlatina, diphtheria, croup, angina tons. og febr. rheum. Også Årets Dödelighedskvotient var ualmindelig lav.

Af *variolæ* anmäldtes 17 Tilfälde, hvoraf 5 tilförte med et enkelt Skib; i flere Tilfälde antages Smitten hidfört fra Malmö; af *morbilli* anmäldtes 1938 Tilfälde, hvoraf 1437 i Månederne Januar—Marts, Slutningen på den i Nov. 1884 kulminerende Epidemi, der i Tidsrummet Juni 84—Juni 85 (bägge inkl.) omfattede 8318 Tilfälde med 398 Dödsfald. Af *scarlatina* anmäldtes 1470 Tilfälde, af *diphtheria* 792 Tilf. (100 Dödsfald), af *croup* 203 Tilf. (63 Dödsfald), *tussis conv.* 804 Tilf., betydelig färre end de senere Års Gennemsnit, *parotitis* 391, *febr. typh.* 495 Tilf., — et Tal der er noget höjere end de foregående Års Gennemsnit (hvorved er at bemärke, at Rubriken »gastrisk Feber» er udgået af Listen), *cholerine & diarrhoea acut.* 6035 Tilf. (med 305 Dödsfald). Af *dysenteria* anmäldtes 24 sporadiske Tilf., af *typhus exanth.* et enkelt Tilf. fra et Skib på Reden; *febr. interm.* 141 Tilf., *erysipel. fac. & amb.* 976 Tilf., *febr. puerp.* 90 Tilf. (med 30 Dödsfald), *febr. rheum.* 1170, *angina tons.* 6988 Tilf. Af de akute epidemiske Sygdomme i Respirationsvejene forekom *bronchitis* med 10861 Tilf., *bronchit. capill. & bronchopneumonia* (först i 1885 opfört i särskilt Rubrik) med 1179 Tilf., *pneumon. croup.* med 1353 Tilf. — Af *veneriske Sygdomme* forekom 9344 Tilf. (*gonorrhoea* 6023, *ulcus vener.* 1453, *Syfilis* 1868), hvoraf 368 (resp. 252, 82 og 34) blandt Garnisonen. *Scabies* 1093 Tilf., *delir. trem.* 327 Tilf.

I *Fattigdistrikterne* behandledes 8099 Sygdomstilfälde fordelte på 6431 Individer. Af disse indlagdes 729 Tilf. på Hospitaler foruden 2714 Tilf., der ikke forud havde väret behandlede i Hjemmet. I alt forekom således 10813 Sygdomstilfälde i Fattigdistrikterne (derunder indbefattet Fattigväsenets Stiftelser).

Antallet af *döde* i Köbenhavn var i 1885 5731 foruden 331 dödfödte (i 1884 resp. 6423 og 254); Antallet af levendefödte i de 52 Uger fra 31 Dec. 1884 til 29 Dec. 1885 10799, beregnet for Kalenderåret 10832. I Aldersklassen 0—1 År döde 1826 Börn, d. e. 16.87 % af samtlige levendefödte, altså betydelig färre end de foregående Års Gennemsnit (22,78); af disse vare 638, d. e. 34,95 % opförte som födte udenfor Ägteskab. Mortalitetskvotienten beregnet på Folkemängden ved Årets Midte var 20,18 (i 1884 23,44, gennemsnitlig 1870—1883 24,16 p. m.). De epidemiske Sygdomme medförte i alt 733 Dödsfald, deraf variolæ 3, morbilli 111, scarlatina 56, diphtheria & croup 163, tussis convuls. 72, febr. typh. 23, cholerine & diarrhoea acut. 305, erysipelas 40, febr. puerp. 30, pyæmia & septichæmia 13, febr. rheum. 22. Desuden döde af akute Sygdomme i Respirationsorganerne 539, nemlig pneum. croup 279, bronchopneumonia 190, bronchitis acut. 47, pleuritis 23. Af alkoholismus chr. er opfört 22 Dödsfald, af delir. trem. 32 og af mors in ebrietate 13. Af andre hyppige Dödsårsager kan märkes phthisis pulmon. 705, andre tuberkulöse Sygdomme 244, cancer 373, encephalitis & meningitis

153, apoplexia cerebri 103, morb. cord. 297, morb. Brightii 141, suicidium 95, aliæ violentæ mortis causæ 109, marasmus senilis 89, atrophia infantilis 354.

I Årsberetningen omtales sluttelig, at et af Magistrat og Borgerpräsentation nedsat Fällesudvalg i Årets Löb afsluttede Forarbejderne til en ny Sundhedsvedtägt for Staden. *Emil Madsen.*

KLAS LINROTH: **Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1885 och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd.** Sjunde årg. Stockholm 1886.

I. Hälsovården.

Markens renhållning och kanalisering.

Renhållningsfrågan har under året tagit ett afgörande steg framåt mot sin slutliga lösning, i det beslut fattats om inköp af en 1 mil från staden belägen landtegendom med ändamål att tjäna till upplagsplats för sopor och latrin, samt anslag beviljats till en järnväg dit från staden. Kloaknätet har utsträckts med 6,890 meter, hvaraf 1,424 meter i granit murade kanaler. Undersökningar, företagna i ändamål att utröna beskaffenheten af afloppsledningarna inom hus från sanitär synpunkt, hafva visat, att 1,333 af stadens hus sakna afloppsledningar, och att af 4,064 undersökta egendomar med afloppsledning inom hus i 612 anmärkts lukt af kloakgas i köken, härrörande detta i flertalet fall dels af icke ventilerade fallrör, dels däraf att vattenlås saknas eller äro af olämplig konstruktion. Resultatet af dessa undersökningar visar således nödvändigheten af reglementariska föreskrifter angående afloppsledningarnas anordning inom hus. En jämförelse af dödligheten inom olika stadsdelar med procenten af hus, som sakna afloppsledningar, ådagalägger en anmärkningsvärd öfverensstämmelse i stigande och fallande.

Bostäder. Under året nytillkomna rum och kök (med afdrag af de bortrifna) utgöra 9,950; på 1,000 invånare kommo 760 rum och kök.

Dricks- och förbruksvatten. Vattenledningens rörnät utsträcktes med 5,085 meter (totallängden vid årets slut 137,6 kilometer); vattenledning införd i 193 hus under året. Vattenförbrukningen pr dygn och individ 76,4 liter (3,4 liter mer än föreg. år); omkr. $\frac{3}{5}$ häraf beräknas komma på hushållsförbrukningen.

Tillsyn öfver födoämnen och dryckesvaror. Hästkötts användning till människoföda har tagit hälsopolisens verksamhet i hög grad i anspråk, enär sådant kött af underhaltig beskaffenhet synnerligen ofta till salu utbjudits. — Trikinundersökningarna har visat följande resultat: af 37,355 besigtigade hela och halfva svinkroppar befunnos 45 trikinösa, af 8,310 mindre stycken svenskt fläsk intet och af 3,575 utländskt 41 (däraf 435 amerikanskt, med 8 stycken innehållande trikiner). — Föreskrifter för mjölkhandeln i Stockholm hafva af stadsfullmäktige under året antagits. De afse den sanitära beskaffenheten af försäljningslokalerna, profylaktiska åtgärder vid inträffande infektiösa

sjukdomsfall bland personalen, anstäld vid ladugårdar inom stadens område, eller i bostadslägenhet, tillhörande mjölkförsäljningslokal samt slutligen förbud mot mjölkens utspädning med vatten. I afsigt att göra detta förbud verksamt hade hälsovårdsnämnden i sitt förslag till dessa föreskrifter stipuleradt dels en viss gräns för den tillåtliga fetthalten, dels bestämmelser om egentliga vigten af oskummad, skummad och separerad mjölk. Detta förslag förkastades af stadsfullmäktige. — Beträffande förhållandet mellan konsumerad oskummad och skummad mjölk anföres, att det största mjölkförsäljningsbolaget i Stockholm under året försålde i rundt tal 1,527,000 liter oskummad mot 9,316,000 liter skummjölk. — Omfattande undersökningar af alkoholsvaga maltdrycker (svagdricka) hafva visat dessa vara oklanderliga och utan tillsatser af främmande ämnen.

Anordningar till smittosamma sjukdomars förekommande. Åtskilliga erfarenheter anföras som bevis för det trängande behofvet af ett ändamålsenligt epidemisjukhus i stället för de nu provisoriskt anordnade sådana. — Vakcination har med framgång verkstälts på 3,236 barn. Angående ympanstalten för animal vakcin, se särskildt referat i detta häfte. — Besigtningar af prostituerade utfördes till ett antal af 22,120; remisser till kurhuset 535; vid årets slut underkastade besigtning 484.

II. Sjuklighet och sjukvård.

År 1885 har varit ett synnerligen sjukligt år. Den mest gängse infektionssjukdomen har varit *mäsling*, som haft en ofantligt stor utbredning och, i synnerhet mot epidemiens upphörande, varit särdeles elakartad (i alt anmälda fall 5,338); för öfrigt bidrogo till sjukligheten i väsentligaste mon af infektionssjukdomar *skarlakansfeber* och *difteri*. — *På stadens sjukhus vårdades* under året 5,882 (dödlighetsprocent 9,10); dagliga medelkostnaden för hvarje vårdad 1 kr. 46 öre. — Af 1,208 på Södra barnbördshuset intagna barnaföderskor insjuknade 5 i barnsängsfeber, och af dessa afledo 2 inom anstalten.

III. Befolkningen och dödligheten.

Den faktiska *folkmängden* vid årets slut utgjorde 210,717, tillväxten under året 10,574. Fördelningen på åldersgrupper visar följande procenttal för hvarje grupp: under 1 år: 2,68, 1—5 år: 7,62, 5—10 år: 7,63, 10—20 år: 13,98, 20—40 år: 40,51, 40—60 år: 20,34, 60—80 år: 6,65, öfver 80 år: 0,42 (okänd ålder 0,02).

Under året *föddes* 7,060 lefvande barn eller 35,27 p. m. af befolkningen. Af dessa voro 28 % födda utom äktenskapet. Dödfödda voro 5,32 % af samtliga födda. Af de ogifta barnföderskorna hade 1,679 vistats i Stockholm längre tid än 40 veckor, 438 kortare tid.

Dödligheten under året (5,024 dödsfall) var 25,10 p. m. Medelmortaliteten för de senaste 5 åren är 24,15, för de senaste 10 åren 24,96, för de senaste 26 åren 29,75 p. m. — Uti akuta *infektionssjukdomar* dogo 802 (15,96 % af alla dödsfall, 4,01 p. m. af befolkningen), häraf 280 af mäsling, 160 af difteri, 143 af skarlakansfeber,

93 af kikhosta, 82 af strypsjuka, 45 af cholera infantum, 33 af tyfoidfeber och 22 af barnsängsfeber. — I *respirationsorganens sjukdomar* afledo 1,571 (31,27 % af samtliga dödsfall, 7,84 p. m. af befolkningen), af dessa i lungsot 723 (3,61 på 1,000 lefvande) och i akut lunginflammation 557 (2,78 p. m.). — I *digestionsorganens sjukdomar* afledo 723 (14,39 % af samtl. döda och 3,61 döda på 1,000 inv.), häraf i »akut mag- och tarmkatarr», i »tarminflammation och diarré» samt »barnkolera» tillsammans 534. På 1,000 lefvande barn i åldern under 1 år afledo i dessa sjukdomar 85,63. — *Samtliga dödsfall af barn i första lefnadsåret* utgjorde 1,386 och i *åldern 1—5 år* 961 eller resp. 27,59 och 19,12 % af dödsfallen i alla åldrar. *Dödlighetsprocenten för barnen i första lefnadsåret,* beräknad af antalet i denna åldersklass under året lefvande födda utgjorde 19,6 %.

I ett bihang till hälsovårdsnämndens berättelse redogöres för tvänne *arbeten från Stockholms hälsovårdsnämnds laboratorium*, näml.:

1. *Mjölkundersökningar med laktokrit.*

I alt undersöktes 1,134 prof, som visade följande: i 628 prof af dels på torgen, dels i mjölkmagasinen till salu hållen *oskummad mjölk* varierade fetthalten mellan 3,90 och 3,22 % fett; i 494 undersökta prof af oskummad mjölk var fetthalten mellan 0,60 och 0,84 %.

2. *Luftundersökningar i teatrar, fabriker m. m.*

Kolsyreanalysen verkstäldes efter PETTENKOFERS metod. Resultaten voro i allmänhet otillfredsställande, så väl hvad beträffar kolsyrehalt som temperaturförhållanden. Exempelvis må anföras, att i kongl. stora *teatern* temp. uppgick å 5:te raden vid ett tillfälle till 34° vid representationens slut och kolsyrehalten till 3,9 p. m.; medeltalen vid samma tillfälle voro 25,1° och 3,1 p. m. vid produktion af kolsyra af människor och gasljus, beräknad till omkr. 127 kubikmeter (896 personer). Vid elektrisk belysning i salongen i samma teater (kolsyreproduktion 98 kbm.; personer 883) var temp. i medeltal 24,9 (maximum 26,5) och kolsyrehalten 2,1 p. m. (maximum 2,45 p. m.). I en med mekanisk ventilation (fläkt) försedd teater (Nya teatern) voro medeltalen vid ett tillfälle (823 personer) 22,6° och 2,7 p. m., maxima 24° och 3,4 p. m. — I *kyrkor* var luften än sämre; i en af dem vid ett tillfälle steg kolsyrehalten till öfver 6 p. m. Uti en för några år sedan uppförd *skolbyggnad* (Norra latinläroverket) försedd med ventilationsinrättningar steg CO^2-halten vid slutet af lektionerna i klassrummen till inemot 2 p. m. I en *domstolslokal* förefans ända ända till 6,25 p. m. I en *cigarrfabrik* förekom ända till 5,56 p. m. Luften i 7 undersökta *boktryckerier,* af hvilka en del försedda med ventilationsapparater, andra icke, företedde i de förra en tämligen god beskaffenhet (sällan öfverstigande 1 p. m.), i de senare, som utgjorde flertalet, en högst dålig (i ett fall steg kolsyrehalten ända till 7,15 p. m.). Temperaturen, i synnerhet vid gasbelysning, var i allmänhet olidligt hög, vanligen kring 20°, men mången gång däröfver (mellan 20° och 25°). Luften i *gator och gränder* visade i 25 undersökta prof högst 1,00, lägst 0,90 p. m. CO^2. *E. Heyman.*

GIERSING: **Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 305.

Forhenvärende Stiftsläge GIERSING, en af Stötterne for »Foreningen imod Lovbeskyttelse for Usädelighed», har refereret nogle Rapporter fra Colmar og på sin sädvanlige Måde uddraget Resultater deraf. *R. Bergh.*

BUDDE: **Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande, med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 311.

Forf. leverer en kort og klar Kritik af den förnävnte Artikel; omtaler Prostitutionsforholdene i Köbenhavn, Paris, Breslau, Ofen—Pesth, Metz, Strassburg, Japan og England. Han hävder de virkeligt sagkyndiges Enighed på disse Områder. *R. Bergh.*

Den offentlige Sundhedspleje og Faren for en Kolerainvasion. Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 133.

Ugeskriftets Redaktion fortsätter sine tidligere (se Nord. med. Arkiv, Bd XVIII, N:r 13, S. 43) meddelte Betragtninger over de i Danmark trufne Foranstaltninger mod Kolerasmittens Indförelse i Landet. Red. erkender Hensigtsmässigheden af den ved Lov af 30 Marts 1885 genoptagne Sökarantäne og det ved samme Lov indförte Inspektionssystem ved Rigets korte Landgränse, navnlig med Hensyn til Persontrafiken på Järnbanelinjerne og Landevejene, når Kolera optráder i de tilgränsende Lande mod Syd. Red. fremhäver end videre den store Betydning af Udviklingen af den passive Hygiejne, d. e. Forbedringen af den offentlige Sundhedspleje og den offentlige Sundhedstilstand. Medens Bestemmelserne med Hensyn til Foranstaltninger mod Kolerasmittens Indförelse i Landet i det väsentlige må anses för fyldestgörende, er der endnu meget at önske m. H. t. Foranstaltninger til Farsotens Bekämpelse, når den först har fået Indpas i Landet; särlig fremhäves som önskelige: en ny og tidssvarende Epidemilov, en almindeligere Indförelse af Sundhedsvedtägter og Tilvejebringelsen af de ved Loven påbudne Isolationslokaler for sövärts ankommende smitsomme syge, hvor disse Lokaler endnu mangle, samt af hensigtssvarende Desinfektionsapparater.

Efter at den alm. danske Lägeforening havde henstillet til Kredsforeningerne at göre der her omhandlede Spörgsmål til Genstand for Overvejelser, ere Beretninger indkomne fra flere Kredsforeninger, og i den oven nävnte Artikel meddeles nogle sådanne, der vise de i forskellige Egne stedfindende Mangler med Hensyn til Foranstaltninger mod Smitteindförelse og i det väsentlige slutte sig til Ugeskriftets Opfattelse af Sagen. *Joh. Möller.*

Kongl. Maj:ts nåd. kungörelse d. 12 juni 1885, angående karantänsföreskrifter, att tillämpas då kolerafall inträffa i eller i närheten af hamn inom Europa. Sv. författningssamling.

Genom kungörelsen bestämmes, när europeisk hamn skall anses som kolerasmittad, kommerskollegii åliggande, att vid förekommen an-

ledning därom utfärda kungörelse, fartygs skyldighet att under vissa närmare angifna förhållanden i och för undersökning anlöpa Känsö samt tiden för en eventuel karantän därstädes.

A. Key-Åberg.

CHR. TRYDE: **Hygiejniske Undersögelser.**

3 Afhandlinger, af hvilke de to tidligere ere udgivne särskilt, nemlig: om Infektion fra Kloakudtömmelserne i Köbenhavns Havn og Kanaler (ref. i Nord. med. Arkiv, Bd XVII, N:r 7, S. 48) og: om Infektion af Grundvand og Tyfussmitte (ref. a. St., Bd XVIII, N:r 6, S. 44). I den 3dje Afhandling, Undersögelse af Drikkevand fra tyfussmittet Sted, 22 S., med to farvetrykte Kort og 1 Tavle i Lystryk, meddeler Forf. Resultaterne af Undersögelser af en Brönd i Ribe, som formodedes at väre Kilde til en begränset Tyfusepidemi, men i hvis Vand Forf. dog ikke fandt GAFFKYS Tyfusbacil. Undersögelsen havde dog den Interesse, at der i den omtalte Brönds Vand viste sig at väre Kim tilstede af en sporedannende Stavform, der besad et Märke, som tidligere ansås for ejendommeligt for Tyfusbacillen, nemlig ved Legemets Varmegrad at udvikle Sporer, medens de andre Organismer i Bröndvandet gik til Grunde ved denne Varmegrad; trods denne Overensstemmelse med Tyfusbacillen var denne nye Form dog i flere Henseender väsentlig forskellig fra hin. — Efter at den omhandlede Brönd var bleven renset og Vandet fornyet, viste dette sig kendelig bedre, klarere, med mindre Bundfald og langt färre sporedygtige Organismer. Men trods dette fandtes Vandet ved den kemiske Undersögelse betydelig mere urent end inden Rensningen. En Räkke Undersögelser viste imidlertid, at Formindskelsen af de spiredygtige Kims Mängde for en väsentlig Del beroede på de forandrede Ernäringsvilkår i Vandet, og når disse gjordes gunstigere (ved Tilsätning af Näringsvädske), udviklede der sig en meget livlig Vegetation; Vandet var altså fremdeles i Stand til en rig Udvikling af Organismer, og Rensningen havde forfejlet sit Mål; Vandets Anvendelse i Husholdningen måtte fremdeles frarådes.

Joh. Möller.

A. G. DRACHMANN og AXEL HERTEL: **Sundhedsläre.** En almenfattelig Fremstilling af Sundhedsplejens Anvendelse i det offentliges Tjäneste og i det daglige Liv. Köbenhavn 1886. 426 S.

Efter en populär Fremstilling af de vigtigste anatomiske og fysiologiske Forhold i den menneskelige Organisme, väsentlig efter PAUL BERTS Skrift om Livet og Livsfunktionerne, gennemgås de forskellige Afsnit af Lären om Sundhedsplejen i Almindelighed (i fölgende Kapitler: Vand, Luft, Varme, Lys, Jordbund, Näringsmidler, Nydelsesmidler), dernäst de »särlige Arter af Hygiejne» (Arbejderhygiejne, Familjehygiejne, smitsomme Sygdomme og Mikroorganismer, Smitstoffets Natur og Udbredelse, Beskyttelsesmidler mod smitsomme Sygdomme), og endelig i et 3dje Afsnit Barnealderns Hygiejne (derunder Skole- og Undervisningshygiejne). Dette sidste Afsnit er forholdsvis mere indgående behandlet af de to Forfattere, der bägge vare Medlemmer af

den for nogle År tilbage til Undersögelse af Skolernes og Skolebörnenes Sundhedsforhold nedsatte Kommission. *Joh. Møller.*

EDV. KAURIN: **Nogle Tilfälde af Difterit.** Medicinsk Revue. 3de Årg. 1886, S. 177.

Forf. meddeler flere Tilfälde af Smitteoverförelse af Difterit gennem frisk Person. Han har i et Par Tilfälde fundet Inkubationsperioden at väre henholdsvis 4 og 3 Dage. Fra sin egen Husstand, hvor han altid under den herskende Epidemi iagttog den strengeste Renlighed, beretter han en Räkke Difterittilfälde som han mener at have overbragt selv på Börnene. Tilfäldene har for så vidt Interesse som han med temmelig Sikkerhed tror at have set så vel en (krupös) coryza, som follikulär angina, ägte diphtheritis faucium og endog en Diarré hos de forskellige Börn som Fölge af det difteritiske Smittestofs Indvirkning. Fra en Kollegas Lägepraxis anföres Tilfälde af et udbredt Exantem, bestående i runde små sorte, lidt ophöjede Pletter sammen med Difterit. *H. Heiberg.*

RICHARD SIEVERS: **Om meningitis cerebro-spinalis epidemica i Sverge, Norge och Finland.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1886. 8:v, 121 s.

Efter en kort framställning af den epidemiska cerebro-spinalmeningitens uppträdande i Europa och Amerika, innehåller ofvan stående afhandling till först en på noggranna och omsorgsfulla sammanställningar grundad utförligare historisk-geografisk-statistisk skildring af sjukdomens uppträdande i Sverge åren 1854—85. Förf. har härvid hufvudsakligen begagnat sundhetskollegii årsberättelser, men äfven tagit hänsyn till alla de uppsatser, som förut finnas offentliggjorda öfver en del af de epidemier, som förekommit i Sverge. Sammanställningarna äro fullständiga, öfversigtliga samt ytterligare förtydligade genom några kartor, visande sjukdomens geografiska utbredning under åren 1855—60, då de mera betydande epidemierna voro gängse. Därefter lemnas en liknande skildring af sjukdomens uppträdande i Norge, där den förekommit i ojämförligt mindre utbredning och betydelse, än hvad fallet varit i Sverge.

Hufvuddelen af afhandlingen upptages af en skildring af sjukdomens uppträdande under de senaste åren i Finland. Under det den epidemiska meningiten i Sverge på skilda tider och orter uppträdt i ganska stor intensitet, har Finland ända till senaste tid gått nästan fullständigt fri från den samma. Endast på Åland iakttogs år 1875 af WILENIUS en liten epidemi af 13 fall, de flesta hos barn. Fallen äro visserligen ofullständigt iakttagna, men deras rätta natur kan dock ej betviflas.

Under de första åren på 1880-talet började några sporadiska fall visa sig på medicinska kliniken i Helsingfors. I mars månad 1885 uppträdde sjukdomen i några hopade fall, hvarefter under loppet af de följande 15 månaderna sammanlagdt 25 fall förekommo i Helsingfors och stadens närmaste omgifning. Det är denna lilla epidemi

eller måhända rättare anhopning af sporadiska fall, som af förf. närmare beskrifves, på grund af hans egna iakttagelser.

Samtidigt uppträdde äfven i Alehärmä socken af Wasa län en liten epidemi af 12 fall, hvilka förf. äfven varit i tillfälle att taga närmare kännedom om, och öfver hvilka han lemnar en beskrifning.

I likhet med hvad förut iakttagits, förekom äfven här vid den lilla epidemin i Helsingfors några fall af meningit såsom komplikation till krupös pnevmoni.

Anmärkningsvärdt är, att så väl vid epidemin i Helsingfors, som vid den i Alehärmä, flertalet af sjukdomsfall beträffade äldre personer.

Förf. lemnar en redogörelse för symptomen och förloppet vid de af honom iakttagna fallen, hvilka i detta afseende icke skilja sig från hvad som förut är bekant. *J. W. Runeberg.*

L. W. FAGERLUND: **Finlands leprosorier. I.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1886. 205 sidor.

Uti denna afhandling redogör han för S:t Jörans hospital, hospitalet på Sjählö och hospitalet på Gloskär. Till grund för förf:s arbete ligga omfattande och med stor flit gjorda arkivforskningar så väl i eget land som i Sverge. Den innehåller till största delen förut icke tryckta dokument och ger oss en tydlig bild af dessa leprosorier.

F. Saltzman.

K. LINROTH: **Lyssans förekomst i Sverge från äldre tider till nu.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förh., s. 105.

Enligt tabellverkets uppgifter förekommo i Sverge från år 1776 hvarje decennium i årligt medeltal följande antal »dödsfall af galna djurs bett»:

1776—1785	8,5
1786—1795	10,2
1796—1805	8,7
1806—1815	6,2
1816—1825	7,0
1826—1835	2,7
1836—1845	1,1
1846—1855	1,6
1856—1865	2,2
1866—1875	0,5
1876—1885	0,0

Under en lyssa-epizoati, som 1851—1861 öfvergick landet, angrepos dödligt endast 33 människor eller i medeltal 3 om året, enligt samma uppgifter, och sedan dess ha endast spridda, ofta tvifvelaktiga fall iakttagits. — Bland skyddsmedlen mot sjukdomen räknar förf. i första rummet hundskatten, vidare importförbudet från smittade länder och slutligen polispåbuden om munkorg m. m.

Förf. anför statistiska siffror från sjukhusen i Stockholm rörande förhållandet mellan bitna och af hydrofobi angripna personer, af hvilken statistik framgår, att antalet insjuknade af de bitna i Sverge varit

vida mindre, än hvad man på grund af erfarenhet från andra håll antager. Af de omkring 50 af verkligen galna hundar bitna patienter, som C. J. EKSTRÖMER år 1824 behandlade på Serafimerlasarettet i Stockholm, afled blott *en*. *E. Heyman.*

KLAS LINROTH: **Från anstalten för odling af animal vakcin i Stockholm.** Hygiea 1886, s. 463.

Efter några inledande anmärkningar rörande vakcinationens historia i andra länder redogöres för ympanstaltens organisation, för hvilken den i Bryssel tjänat som mönster. Kalfvarna, som användas till odlingsmark för vakcinen, erhållas till låns af slagtare efter besigtning af veterinär. Ingen vakcin utlemnas, förrän djuren efter slagtningen å nyo besigtigats. Lokalen är tils vidare provisorisk och högst enkel. Vakcinationen tillgår på vanligt, kändt sätt, i det 70, två till tre cm. långa incisioner göras på det rakade jufveranlaget och scrotum omkring, hvarefter vakcinen i dem införas. Utfodringen, under den vecka kalfven stannar på anstalten, är riklig, och största renlighet i stallet iakttages. På 4:de eller 5:te dagen skattas kopporna, hvilket tillgår sålunda, att sedan koppornas bas fattats med klämpincett och den betäckande krustan aflägsnats, skrapas från kopporna all den mjuka, pulpaartade, gråaktiga massa, som kan afskrapas. Denna sammanrifves i en mortel med glycerin eller glycerinsalva, i mängd motsvarande hälften eller tredjedelen af vakcinämnet, till en grötformig massa, som inlägges dels mellan glasplattor, af hvilka den ena har en urholkning, dels i med kork tillslutna små glasrör. Ympämnet, förvaradt på mörkt och svalt ställe, har visat sig dugligt äfven efter ½ år.

Anstalten har varit i verksamhet sedan juni 1884. År 1885 ympades 16 kalfvar, hvilka lemnade 420 glas och 36 rör. Af 1,498 med detta ympämne företagna vakcinationer i Stockholm lyckades 1,450 och misslyckades 33; 15 voro till resultatet okända. Procenttalet af de lyckade var således 97,8. Enligt uppgift af vakcinatören i ett af Stockholms vakcinationsdistrikt, d:r E. LAGERGREN, var resultatet gynsamt i 97,1 % af 493 med *animal* lymfa, i 97,8 % af 325 med *humaniserad* lymfa vakcinerade barn. — Af 1,213 med vaginal lymfa revakcinerade lyckades nära 50 %.

Det ekonomiska resultatet för år 1885 visar: utgifter 323 kronor 40 öre och inkomst för såld vakcin 152 kronor 40 öre.

E. Heyman.

Berättelser från sjukvårdsarstalter: R. Bergh: Beretning fra Almindel. Hospitals 2den Afdeling (for vener. Sygdomme) for 1885. — A. Haslund: Kommunehosp. 4de Afdeling i 1885. — D. C. Danielsen: Beretning om Lungegårdshospitalets Virksomhed i Treäret 1883—1885. — Torp: Fra Doktor Torps Sygehjem for Nervesväkkede på Lillehammer.

R. BERGH: **Beretning fra Almindel. Hospitals 2den Afdeling (for vener. Sygdomme) for 1885.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 923, 944, 989, 1017 (Separat 28 S.).

Forf. afslutter med denne, den tyvende, sine Beretninger fra Alm. Hospitals 2den Afdeling; samme, Afdelingen for de offentlige Fruentimmer, er nu, ligesom Afdelingen for den hemmelige Prostitution på Kommunehospitalet, overflyttet til *ét Hospital for veneriske Fruentimmer*, det smukke »*Vestre Hospital*». Forf. giver en kort Udsigt over disse Afdelingers Skäbne i Köbenhavn siden 1809. — Antallet af de offentlige Fruentimmer var ved Slutningen af 1885 i Köbenhavn (med sine 289000 Indv.) kun 439, men i alt have 570 praktiseret som Sköger. Gennemsnitsvis drive disse Fruentimmer ikke ret mange År deres Forretning og forsvinde efterhånden i Befolkningen; dog havde 103 drevet den i fulde 10, 17 i fulde 20 og ét i hele 30 År. Gennemsnitsvis har hver Sköge tilbragt henimod 57 Dage af Året i Hospitalet; men 118 havde aldeles ikke varet indlagte. Gennemsnitsvis har henimod 16 % af Skögernes Masse altid befundet sig i Hospitalet; det forholdsvis ringe Antal af Sköger har således dog i År afgivet 1844 Indläggelser af i alt 452 forskellige Fruentimmer, således som sådant närmere specificeres. Antallet af Behandlingsdagene har varieret mellem 1 og 226, har i 52 Tilfälde nået op over 50; gennemsnitsvis har det belöbet sig til omtr. 11 Dage. De foregående 13 Års Erfaringer om, at de privatboende Sköger indlägges mindre hyppigt end de kasernerede, har atter i År stået Pröven, således som det närmere detaljeres; Antallet af de förste belöb sig til 269, af de sidste til 110, fordelte i 42 Bordeller.

Psevdoveneriske Lidelser forekomme overordentligt hyppigt; af sådanne omhandles da Erytemerne (42), Exkoriationer (331), Rupturerne (168), de tolerante Analfissurer (25) (undertiden hidrörende fra Sodomi); fremdeles herpes pudendalis (28), som mest (24) var af menstruel Oprindelse; fremdeles molluscum varioliforme, de genitale Follikuliter (47) og Furunkler (16); dernäst de ejendommelige Papeldannelser på Genitalierne, som i de 22 af 32 Tilfälde sås hos Individer, som tidligere havde varet luetiske; endelig Epitelialfortykkelser på Mundslimhinden (epitheliasis), de 20 af disse 27 Individer havde haft lues, således som det närmere specificeres. — Med *Fnat* indkom 24 Individer, med Lus kun 4, men med Morpioner 166. Slutteligt omhandles forskellige andre mere tilfäldigt forekomne Lidelser og Beskadigelser.

Af de *veneriske Katarrer* var Vulviten den själdneste (2), dernäst Vaginiten (4). Ulige hyppigere forekom, som sädvanligt, Liden

af de vulvo-vaginale Gange (47), hyppigst på venstre Side alene (27); Tilfäldene specificeres; Abscesdannelse sås i de 10 Tilfälde, hyppigst (6) på venstre Side alene; selve den vulvo-vaginale Glandel fandtes kun i de to Tilfälde svullen, og Abscesdannelsen syntes desuden i ét udgået fra selve Glandlen; i de to Tilfälde, i hvilke der eftersögtes Gonokokker, påvistes sådanne. — Men ulige hyppigere er *Uretriten*, af hvilken der forekom 923 Tilfälde, af hvilke dog kun de 168 vare tydeligt purulente; de 109 vare recidive. Stranguri angaves kun tilstede hos 37 Individer, af hvilke de 32 havde purulent Sekret, Vandträngsler hos 11; Medliden af submucosa sås hos 11. Et tvivlsomt Tilfälde af gonorroisk Revmatisme forekom hos ét Individ. Behandlingsvarigheden var gennemsnitsvis omtr. 13½ Dag. *Paruretrit* sås hos 132 Individer, af hvilke de 65 tillige havde Uretrallidelse. — *Cervikalkatarr* forekom hos 100 Individer, således som også närmere detaljeret. — *Kondylomer* iagttoges hos 55 Individer eller altså kun i nästen 3 % af det hele Antal Sygdomsindläggelser; i Modsätning dertil forekom Kondylomer på Kommunehospitalet hos Ikke-Sköger i 23 %. Kondylomernes Säde o. s. v. detaljeres närmere; Behandlingstiden udgjorde gennemsnitsvis lidt over 9 Dage. — *Veneriske Sår* forekom hos 6 Individer, hos de 3 med Buboner, som hos de to gik i Suppuration. *Buboner* sås i alt hos 15 Individer.

For *Syfilis* behandledes 56 Individer, af hvilke de 15 havde det förste Udbrud, de övrige (41) Recidiv. Af dem, som indkom med det *förste Udbrud*, havde, som sädvanligt, et större Antal (7) pådraget sig deres Lidelse i det förste År af deres Funktion, således som det närmere eftervises. Meget ofte, i 10 af de 15 Tilfälde, forefandtes tydelig *Induration*, hvis Säde, Varighed o. s. v. närmere omhandles. Svulst af *Lymfeglandler* manglede aldrig, hyppigst (13) vare Lyskekertlerne svulne. *Prodromer* manglede i de 5 Tilfälde, som da närmere omtales; en udpräget Temperaturstigen forekom kun i to. Kutane *Syfilider* manglede i de tre Tilfälde; oftest (11) såes de som roseola; Slimpapler forekom kun hos to Individer, defluvium hos tre. Muköse Syfilider som Liden af Mundslimhinden forekom hos alle Individer; hos de 9 var også Könsslimhinden afficeret. Behandlingen varede gennemsnitsvis 56 Dage, var merkuriel, med Formamidinjektioner (9) eller med Inunktioner af ungv. hydrargyri eller ungv. hydr. oleinici. En Aftagen i Vägt under Behandlingen iagttoges hos 10, en Tiltagen hos 3, hos ét holdt Vägten sig uforandret. — Af de 41 *Recidiver* vare de 11 *det förste*. Som overhovedet ved Recidiverne, ere Afstanden fra det sidste Udbrud, Behandlingen af samme og de Udbruddet dannende Symptomer noterede. Svulst af Lymfeglandler forekom hos 6, Prodromer hos 5, Hududbrud hos 9; til Behandlingen medgik gennemsnitsvis 48 Dage, den var hovedsageligt merkuriel. For et *andet* Recidiv behandledes 8 Individer, for et *tredje* og et *fjärde* også 8, for et *femte* 3, for et *sjette* ét og for et *ottende* også ét. — Af de omtalte 56 Tilfälde af Syfilis have de 9 eller lidt over 16 % vist en tydelig *Temperaturstigen;* kun hos 5 forekom en (overfladisk) Lidelse af *Strubeindgangen.* Af alle de 56 Tilfälde ere de 52 behandlede merkurielt, de 11 med Formamidinjektioner, de andre med

Inunktioner. Merkuriel Mundirritation, nästen altid med Salivation, forekom hos 18 Individer, hos de 3 efter Injektioner. En Aftagen i *Vägt* under den merkurielle Behandling påvistes hos 33, en Tiltagen hos 16.

Menstruationen, som hos disse Fruentimmer i det hele i Reglen varer lidt längere end hos andre, har i År hos 52 (af de 452) frembudt Uregelmässigheder, som nöjere detaileres.

Af de 452 Individer vides 17, d. e. nästen 3,8 %, at have *födt*; de 13 af disse Mödre havde haft lues, de andre ikke; Tilfäldene specificeres. Af disse 17 Mödre fik de 8 fuldbårne og ved Födslen sunde Börn; men de 3 vare allerede döde efter 5—10 Dage og efter 6 Måneder; ét Individ födte for tidligt, Barnet döde kort efter; 8 Individer aborterede i 2—7de Måned, deraf to i fjärde. Af de af de 13 syfilitiske Mödre födte Börn levede efter de förste 6 Måneder endnu kun to.

Slutteligt fölge Oplysninger, indhentede fra alle Köbenhavns Hospitaler, om de *ikke professionelle Lidelser* (71), for hvilke disse Fruentimmer have varet behandlede. Her falder da Hyppigheden (27) af Lidelser af Bören og af Naboorganerne til samme i Öjnene; derimod ere katarralske Lidelser (med Undtagelse af Tonsilliter) og Lungebetändelser (2) själdne, ligeledes alle hysteriske Tilfälde.

R. Bergh.

A. HASLUND: **Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1885.** Beretning om Kommunehosp., Öresundshosp., Blegdamshosp. og Vestre Hospitalet i København for 1885, S. 112.

Af de 31 *Dödstilfälde* på Afdelingen ses kun 6 at have truffet voxne, 3 af disse skyldtes Syfilis, således som også Sektionen oplyste det; af de 25 Börn lede de 12 af kongenit Syfilis, men kun hos de 4 påvistes ved Sektionen syfilitiske Symptomer. På Afdelingen er der forekommet 6 Tilfälde af erysipelas og ét af Difteri. — Der fölger en tabellarisk Liste over de forekomne Tilfälde af *Hudsygdomme;* af Fnatpatienter forekom 446. De veneriske Sygdomme hos **Mandfolk** afhandles. Af *urethritis* forekom 769 Tilfälde; de 235 vare komplicerede med Epididymit, med hvilken der i de 180 Tilfälde tillige forekom Funikulit; gonorroisk Revmatisme iagttoges hos 28. For *veneriske Sår* behandledes 172 Individer, af hvilke de 88 fik suppurerende *Buboner*, som desuden endnu forekom hos 37 andre Individer (og endnu hos 27 syfilitiske Individer). *Kondylomer* forekom hos 53 Individer. *Syfilis* iagttoges hos 420 Individer, af hvilke 201 havde det förste Udbrud; de behandledes mest med Inunktioner. — Derpå omhandles de hos **Kvinder** forekomne veneriske Lidelser. Hos 400 sås *Uretrit,* hos 12 kompliceret med Periuretrit, hos 4 med Revmatisme, hos 29 Vaginit. *Veneriske Sår* forekom hos 40 Individer, 4 Gange kompliceret med Buboner. Syfilis sås hos 395 Individer, af hvilke de 207 havde det förste Udbrud. — Af **Börn** behandledes 30 for kongenit *Syfilis,* af hvilke de 12 döde; 18 andre Börn havde Syfilis af tvivlsom Oprindelse og 11 akkvisit lues. *R. Bergh.*

D. C. DANIELSEN: **Beretning om Lungegårdshospitalets Virksomhed i Treåret 1883—1885.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1886, S. 614.

Efter en kort statistisk Oversigt over de i det foreliggende Tidsrum på Lungegårdshospitalet ved Bergen behandlede syge — väsentlig spedalske — meddeles närmere Oplysninger om de enkelte Sygdomme. Forf. anförer flere Exempler på Helbredelse af *lepra anæsthetica*, som han antager oftest helbredes, når den kommer tidlig under Behandling; som Midler mod denne Sygdom anbefales bl. a. salicyl. Natr., isär samtidig med lokale Blodudtömmelser og Bad. Derimod var Kurresultaterne mindre gunstige for den knudede lepras Vedkommende. Af andre anvendte Lägemidler mod lepra nävnes Kreosot (foreslået af LANGHANS) og Iktyol; begge har imidlertid väret anvendte forgäves; det förste synes endog til dels at have skadet. — I Forbindelse med lepra fremsätter Forf. antydningsvis den Hypotese, at Lepra- og Tuberkelbacillen muligens er samme Bakterie. — Af andre Sygdomme anföres et hårdnakket Tilfälde af eczema marginatum, efter Forf:s Mening af parasitär Natur. Patienten behandledes med forskellige Midler uden afgjort Held, bl. a. også med goa, der för syntes at have haft en heldig Indflydelse. Under Pat:s Hospitalsophold udbröd der Difterit på Sygestuen, hvor han lå; 14 Dage efter viste han difteritiske Lammelser uden at man kunde påvise nogen difteritisk Primäraffektion hos ham. — Af *lupus* har der väret behandlet få Tilfälde, uagtet Tuberkulosen er meget udbredt på Bergenskanten; af Behandlingsmetoder roses särlig Jodoforminjektioner og Lapisstift. — Desuden gives en summarisk Oversigt over de foretagne Operationer. *Holst.*

TORP: **Fra Doktor Torp's Sygehjem for nervesväkkede på Lillehammer.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 658.

Sygehjemmet begyndte sin Virksomhed d. $^{1}/_{9}$ 1884; der er siden den Tid forplejet 25 Patienter, 19 Mänd og 6 Kvinder. Planen er som *Kuranstalt* at optage *helbredelige* syge, hvis Nervesystem er sväkket efter Sygdomme, Overanstrengelser, forceret Liv, — eller Morfinister, Alkoholister, — medens det som *Plejehjem* vil forsörge *uhelbredelige* syge med Gemyts- og Nervesygdomme, der måtte tiltränge stadigt Tilsyn og Lägehjälp.

Lillehammer er en naturskön og meget sund By; den rene, aromatiske Luft fra Gudbrandsdalen strömmer hid, og i det Byen ligger på et lidet Höjdedrag, tilbagetrukket fra Lågens Elveleje, föles intet til den langs Elvedraget träkkende skarpe Sno. Der er udmärket Drikkevand; Byen har et landligt Präg med Haver og åbne Pladse. Temperaturforholdene ere meget gunstige, Luften tör og stille. — Sygehjemmet, der består af 3 Våningshuse af Trä, ligger frit i landlige Omgivelser. De syge leve i Familjeliv sammen med Doktorens egen Familje, man spiser ved fälles Bord og tilbringer Dsgen sammen. Der bliver särligt lagt an på, at skaffe de syge et lunt og hyggeligt Hjem. For övrigt optages Dagen med Spadsering, Badning, Gymnastik og forskelligt legemligt Arbejde. Der er rig Anledning til Udflugter til Lands og til Vands.

For de så kaldte nervesväkkede, nervöse — nevrasteniske — er da Sygehjemmet närmest påtänkt; for egentlige sindssyge — med Hallucinationer, stöjende Väsen eller vanvittige Handlinger — er Anstalten ikke bestemt, men vel for lettere Psykopatier — hyperästetiske Stemningsanomalier under Nevrasteni. Dog modtages også sindssyge i förste — melankoliske — stadium, for hvem det daglige Samvär med Lägen i Sygehjemmet, fjärnt fra de gamle, tilvante Forhold i deres eget Hjem, har sin store Betydning. Forf. fremhäver den Modvilje et Forslag om Indläggelse på Asyl af en begyndende Sindssygdom möder, fordi herved Sindssygestemplet påtrykkes den syge, medens her et sådant Sygehjem just er det rette Sted.

4 Personer i Begyndelsesstadiet af Sindssygdom have väret behandlede, hvoraf 2 helbrededes efter 3 Måneder, de andre to ere i god Bedring.

Forf. mener, at Hypokondri og Hysteri også egne sig for Sygehjemmet.

N. Quisling.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiés au

Tome XIX, N^{os} 1 à 6.

N° 1.

CARL M. FÜRST: **Contribution à la connaissance de la structure et du développement des corpuscules séminaux.**

Les recherches faites, à l'aide de différentes méthodes de coloration, par l'auteur sur les corpuscules séminaux de divers mammifères: hérisson, rat, souris, écureuil, cobaye, taureau, bélier, élan, chien, chat, de même que sur des préparations, dans l'esprit de vin, de *Metachirus quica*, de *Phascogale albipes* et de *Macroglossus minimus*, ont eu principalement pour but d'étudier la structure et la forme des corpuscules séminaux, ainsi que la dérivation des diverses parties de ces corps des parties différentes de la cellule séminale.

Chez le hérisson, la tête se colora en bleu violet avec de l'or après fixation avec l'acide osmique, et le capuchon resta clair et incolore. Le carmin de BEALE colorait en rouge la partie inférieure de la tête chez les corpuscules séminaux parfaitement formés, tirés du testicule et parfois de l'épididyme. La limite supérieure était nettement marquée. Le capuchon (*Kappe*, SCHWEIGGER-SEIDEL) se gonflait parfois sous la forme d'une fraise, et la partie terminale de la queue portait le plus souvent une masse colorée. Le liquide de FLEMMING et l'hématoxyline coloraient la tête, sauf le capuchon, des corpuscules séminaux qui n'étaient pas encore entièrement développés. Du capuchon, un fin fil coloré axillaire se prolongeait par la pièce de conjonction (*Verbindungsstück*, G. RETZIUS) avec la queue, entourée d'une enveloppe incolore. — L'auteur montre, à l'aide de la méthode par l'osmium et l'or, que le capuchon se maintient chez le corpuscule séminal mûr du rat. Il ne peut pas dire avec certitude si c'est également le cas chez la souris, mais il présume que l'extrême pointe du corpuscule séminal mûr est le capuchon contracté. — Le corpuscule séminal du cobaye porte un capuchon enfermant une tête ovale à base

plane. Dans les préparations tirées des testicules, la tête est colorée par l'hématoxyline, mais non le capuchon. Le carmin ne colore que la partie inférieure de la tête jusqu'au bord inférieur du capuchon. La forme en cuiller du capuchon se développe peu à peu et n'est que faiblement marquée sur les corpuscules séminaux venant du testicule.

Chez le taureau, le bélier et l'élan, la tête entière du corpuscule est colorée par l'osmium et l'or et l'hématoxyline. Avec l'or, la partie inférieure a fréquemment une nuance plus brillante que la partie supérieure. La pièce la plus inférieure reste également incolore. Les corpuscules séminaux du chat se comportent de la même façon, ainsi que ceux du chien. L'auteur a suivi chez le chien, principalement en se guidant du capuchon, le développement et les altérations des parties de la cellule spermatique colorables et non colorables par l'hématoxyline (après fixation dans le liquide de Flemming). Il a été à même de constater comment la figure du noyau est la première à se dissoudre, comment l'on ne rencontre plus dans le noyau que des granulations colorables éparses, et comment toute la substance colorable (la chromatine) se rassemble ensuite vers le capuchon, d'abord entourée en faible partie du capuchon plus élargi en dessus et légèrement étiré vers le bas. De la pointe inférieure part un fil fin, coloré, entouré de la même couverture incolore que la tête. Peu à peu la partie colorée pénètre presque entièrement dans le capuchon, et prend la forme caractéristique de l'espèce. Le capuchon se détache, et la partie de cellule non colorée se rapproche de la partie inférieure de la tête et du fil axillaire coloré.

La tête du corpuscule séminal de *Metachirus* offre une forme en fourchette. La partie médiane et les branches sont tournés en dedans de la ligne médiane du corpuscule séminal. Dans la partie concave de la pièce du milieu se trouve la queue, qui possède une pièce conjonctive évidente, pointue vers le haut. La queue est légèrement aplatie. Dans les préparations testiculaires, le fil axillaire est très évident. — Chez Phascogale, la tête du corpuscule séminal se distingue par sa forme oblongue et pointue, et son image donne également ici l'impression que les parties latérales ont été ployées en dedans. La queue, pointue vers le haut, part du milieu de la surface inférieure de la tête. La queue est large, aplatie, avec un rengorgement au milieu, contenant le fil axillaire. La préparation testiculaire fait voir qu'il y avait également ici un capuchon qui s'est détaché, et que la partie chromatique de la cellule s'est développée successivement en la forme caractéristique de la tête. Le fil axillaire coloré par l'hématoxyline est en général facile à observer sur la préparation testiculaire.

L'auteur tire de ses observations la déduction que chez les corpuscules séminaux parfaitement formés, il existe deux ou, y compris le capuchon, trois substances qui se comportent différemment suivant les matières colorantes. Il se trouve chez tous une charpente centrale que colorent l'hématoxyline et l'or. Elle est munie parfois d'un capuchon qui ne peut se colorer, comme p. ex. chez le hérisson, le rat,

le cobaye. Parfois ce capuchon est rejeté pendant le développement, et toute la tête du corpuscule séminal se colore d'hématoxyline et d'or, comme p. ex. chez le taureau, le bélier, etc. La partie inférieure de la tête au-dessous du capuchon, ou, quand il n'y a pas de capuchon, à partir de la hauteur ou de la ligne transversale où le capuchon se trouvait jadis, est la seule à se colorer de carmin, et la même pièce se colore d'une autre nuance d'hématoxyline et d'or que la partie supérieure. M. Fürst compare ces conditions de coloration avec les conditions du développement, et il en tire la conclusion que la tête se compose de la tête proprement dite et du capuchon; la première, à son tour, aussi bien que la queue (le fil axillaire), d'une charpente de chromatine, tandis que la partie inférieure de la tête et le fil axillaire sont enveloppés d'une couverture d'achromatine.

L'auteur estime avoir des raisons pour admettre que la substance qui se colore de carmin, du moins sur la tête imparfaitement développée du corpuscule séminal, est une modification spéciale de l'achromatine superposée à la chromatine. Entre le capuchon et la tête proprement dite se trouve aussi une substance que colore le carmin. La coloration et le gonflement du capuchon qui se rencontrent p. ex. chez le hérisson et le chien (à l'état non développé quand le capuchon n'a pas été rejeté), dépend, suivant l'auteur, de cette substance intermédiaire. Peu à peu l'achromatine se transforme en une substance ressemblant à la membrane du noyau (*parachromatine*, Pfitzner), et même cette partie colorable au carmin n'est plus en état d'absorber la matière colorante. On réussit toutefois de temps à autre à obtenir avec la fouchsine, sur une préparation durcie à l'acide osmique, une coloration ou un dépôt granuleux sur ces restes parachromatiques de la tête et de la queue (voir p. ex. les ff. 20, 21 et 40).

Suivant l'auteur, le corpuscule séminal ne serait que le noyau modifié de la cellule séminale. La substance cellulaire est rejetée pendant le développement.

La ligne transversale dite de Valentin est la limite entre deux substances différentes, savoir soit entre le capuchon et l'achromatine (parachromatine) ou entre la chromatine nue et l'achromatine (parachromatine). S'il existe plusieurs lignes transversales, comme p. ex. chez le chien, M. Fürst pense que la présence de ces lignes est due à ce que lorsque le capuchon s'est détaché, toute l'enveloppe achromatique ne s'en va pas avec lui, mais qu'une partie reste attachée à la chromatine.

No 2.

E. A. TSCHERNING: **Traitement de l'ostéomyélite aiguë par l'évacuation de la moëlle.**

Pour bien comprendre les motifs pour le traitement dont l'auteur se fait l'avocat, il faut étudier la pathologie de la maladie. Les travaux de ces dernières années nous apprennent que, 1) ordinairement et probablement toujours la moelle est le point de départ de l'inflammation dans toutes les diverses formes décrites sous les noms:

ostéolymphangite, ostite épiphysaire, périostite phlegmoneuse, ostéomyélite des adolescents etc. — 2) La maladie doit être considérée comme maladie infectieuse de la classe des inflammations phlegmoneuses. — 3) Dans presque tous les cas analysés on n'a trouvé qu'une seule espèce de microbe, celle décrite par ROSENBACH sous le nom de staphylococcus pyogénique jaune. Dans des cas très rares on trouve conjointement avec le dit micrococcus ou sans lui quelques autres formes (un bacillus et un coccus en chapelet). — 4) Le staphylococcus de ROSENBACH n'est pas spécifique pour l'ostéomyélite, mais on le trouve encore, selon M.M. PASTEUR, ROSENBACH, etc., dans maintes autres suppurations aiguës (le furoncle, le panaris, quelques phlegmons) — caractérisées par la suppuration et par la nécrose des tissus conjonctifs.

Les divers traitements de l'ostéomyélite ont pour but d'éliminer ou de diminuer le danger de la suppuration. Ainsi l'amputation primaire, les incisions précoces, la résection sous-périostale, la trépanation. De ces traitements, l'amputation primaire doit être réservée pour quelques cas extrêmement rares. La résection sous-périostale est un peu périlleuse, vu que le pouvoir réparateur du périoste peut être insuffisant. L'incision précoce est le traitement le plus employé. Mais, malgré les bons résultats, il ne met pas à l'abri des diverses conséquences fâcheuses de la maladie, savoir la nécrose, l'ostéomyélite chronique. — La trépanation a été introduite pour soulager de la pression prétendue qu'exerce le pus dans le canal médullaire. Cette théorie de la pression n'est plus acceptée par les chirurgiens, mais on a adopté de nouveau la méthode dans le simple but de donner issue au pus (PANAS, LANNELONGUE etc.). Quelques observations de KOENIG, KEETLEY etc. ont démontré qu'on peut enlever toute la moelle d'un os sans compromettre la nutrition de l'os. L'auteur de cet article veut qu'on modifie la trépanation. D'après lui, on doit pratiquer dans l'os long affecté d'ostéomyélite une ou deux fenêtres assez grandes pour effectuer l'évidement de la moelle en suppuration et pour drainer la cavité médullaire. Il présente 12 cas d'ostéomyélite traitées de cette manière. Dans ce nombre il y a un cas d'ostéomyélite chronique du tibia chez un adulte et un cas d'ostéomyélite récidivante de l'humérus chez un adulte. Tous les autres cas ont lieu chez des enfants, notamment une ostéomyélite du tibia, récidive, la première attaque ayant eu lieu un an auparavant. Le reste consiste en ostéomyélites primaires et aiguës, dont deux affectent le fémur, les autres le tibia. Dans tous les cas on a pratiqué la dite opération, mais dans les 8 cas seulement l'opération sert de début au traitement. Dans les autres cas elle a été précédée d'incisions et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'on est allé jusqu'à l'évidement. Dans aucun de ces 12 cas on n'a eu d'autres nécroses que deux séquestres de la dimension d'une grande aiguille à coudre et provenant des bords des fenêtres de l'os. Dans tous les cas on a obtenu la restitution plus ou moins complète des fonctions des extrémités affectées, même dans les cas compliqués d'arthroïtes séreuses et purulentes, de décollement de l'épiphyse, de métastases.

L'auteur préconise l'évacuation de la moelle purulente parce qu'il trouve ce traitement tout à fait d'accord avec la pathologie de la maladie. C'est un traitement qui, sans risquer la vie ou les extrémites affectées et sans sacrifier beaucoup du tissu osseux, donne au malade les meilleures chances pour éviter les trois dangers de la maladie: la mort, la nécrose, l'abcès chronique de l'os.

Il avoue que les observations ne prouvent pas l'efficacité dans les cas d'une malignité très prononcée — les vrais typhes des membres — ni dans ceux de décollement du périoste dans sa totalité. Mais en considérant le prognostic absolument mauvais de ces formes, il veut qu'on essaye l'évidement même dans ces circonstances désespérantes. Pour les formes moins malignes, le traitement est à sa place et doit être commencé le plus tôt possible, quoiqu'on doive prendre en considération quelques exemples d'ostéomyélite où l'incision simple donne des résultats définitifs. Mais si la suppuration persiste après l'évacuation du phlegmon souspériostal, il ne faut pas attendre trop longtemps.

L'auteur termine en donnant quelques règles pour effectuer l'opération et procéder au traitement qui la suit.

No 3.

RAGNAR BRUZELIUS: **Sur la Névrite *multiple:***

Ce n'est que depuis l'époque où LEYDEN fixa plus spécialement l'attention des médecins sur cette maladie, que l'on a commencé plus généralement à la distinguer d'autres affections qui lui ressemblent. Quelques cas avaient d'abord été décrits, il est vrai, sous des dénominations différentes, mais il est fort probable que la maladie en question a le plus souvent été confondue avec la Poliomyélite antérieure aiguë. L'auteur décrit 2 cas, dont l'un offre un intérêt spécial par l'extension considérable de la névrite, non-seulement aux nerfs du tronc et des extrémités, mais encore à ceux du crâne.

Une jeune fille de 17 ans, de la campagne, qui jouissait antérieurement d'une bonne santé, mais qui, dans les derniers temps antérieurs à l'éruption de la maladie, avait été exposée à des fatigues considérables par suite de veilles, d'un travail pénible et de marches incessantes, tomba malade vers le milieu de Mai 1886, avec frissons, sueurs et maux de tête. Le 25 du même mois survinrent l'engourdissement, l'anesthésie et la parésie aux deux jambes ainsi qu'aux trois doigts du côté ulnaire des deux mains. Le $^{31}/_{5}$, parésie du nerf facial de gauche, et le $^{1}/_{6}$, des deux jambes. Pendant la semaine suivante, la parésie augmenta en extension et en intensité, de sorte que non-seulement toutes les branches faciales des deux nerfs faciaux se trouvèrent paralysées, mais encore que les muscles du cou, du tronc et des extrémités étaient très fortement parétiques. Anesthésie de la peau du visage ainsi que de tout le reste du corps. Douleurs persistantes, non fulgurantes, aux jambes et aux bras. La vessie et le rectum fonctionnent normalement. Pas de contractures ni de spasmes musculaires. Au 14me jour de la maladie, la température du corps comportait 40° C.

Au 18me jour, amélioration. L'anesthésie diminue, mais est remplacée par l'hyperesthésie. Le $^{27}/_{6}$, la malade entre à l'hôpital. Paralysie complète de toutes les branches faciales des nerfs faciaux, parésie considérable de ceux du cou, du tronc et des extrémités. Anesthésie de la peau du visage et des extrémités inférieures. Douleur, à la pression, aux troncs nerveux et aux muscles de la face et des extrémités. Atrophie légère de la musculature des mains. Tous les réflexes cutanés et tendineux abolis. Réaction de dégénérescence électrique, totale à la face, partielle aux extrémités. Pas de fièvre, intelligence bonne, les fonctions de la vessie et du rectum normales. Amélioration rapide. Au bout de quelques jours seulement l'anesthésie a disparu. Le $^{8}/_{7}$, la paralysie faciale sensiblement améliorée. Le $^{13}/_{7}$, les réflexes abdominaux, et le $^{22}/_{7}$ les réflexes plantaires sont revenus. Le $^{23}/_{7}$, la malade peut faire quelques pas. Le $^{23}/_{9}$, les réflexes patellaires revenus. Le $^{29}/_{9}$, la malade marche sans gêne, et quitte l'hôpital ce même jour.

L'auteur montre comment l'extension symétrique et considérable de la paralysie pouvait donner lieu de supposer que la cause pathologique avait son siège dans le système nerveux central; la paralysie faciale de toutes les branches faciales et la réaction de dégénérescence de la face montraient que la maladie ne pouvait pas avoir son siège dans le cerveau, mais qu'il fallait le chercher ou à la périphérie, ou aussi dans les noyaux nerveux du bulbe rachidien; il est toutefois excessivement rare dans ce dernier cas que les branches supérieures du nerf facial soient aussi atteintes. Comme il faut ajouter à cela, que l'anesthésie simultanée des extrémités infirmait positivement une affection des cornes antérieures de la moelle épinière, on avait pleinement le droit de considérer la maladie comme une névrite multiple.

L'auteur passe ensuite aux autres symptômes de la névrite multiple, et fait voir comment tous les plus importants d'entre eux se retrouvent dans ce cas. M. Bruzelius rend compte en outre de l'étiologie et de la marche de cette maladie, ainsi que des différences que divers cas présentent entre eux, différences paraissant autoriser à admettre l'existence de plus d'une forme de ladite maladie.

Le second cas, observé par l'auteur, il y a 10 ans, est celui d'une jeune femme de 23 ans. Toutes les 4 extrémités étaient parétiques, mais les nerfs craniaux n'étaient pas attaqués.

No 4.

I. CHRISTMAS-DIRCKINCK-HOLMFELD: **La Phagocytose et l'immunité.**

M. Metschnikoff a défini la Phagocytose comme une faculté des corpuscules blancs du sang de pouvoir dévorer et détruire les microbes qui pénètrent dans l'organisme. Il prétend que l'immunité des organismes contre les maladies infectieuses dépend de cette faculté des corpuscules blancs, en déduisant de ses expériences sur des animaux à sang froid et à sang chaud, que l'organisme jouit d'immunité contre les maladies infectieuses dont les corpuscules blancs de l'organisme res-

pectif sont capables de dévorer les microbes spécifiques, et que l'organisme succombera aux maladies infectieuses dont les corpuscules blancs du sang ne sont pas capables de dévorer les microbes.

Les recherches de l'auteur sur la maladie du charbon chez le lapin, la souris et le rat, démontrent que cette théorie ne peut pas être soutenue dans l'extension dans laquelle M. Metschnikoff la veut faire valoir. Les espèces d'animaux ici nommées ont été choisies pour les expériences à cause de la différence qui existe entre eux relativement à leur susceptibilité vis-à-vis la maladie en question, et l'intention des expériences était de constater l'influence différente locale ou générale, que produit une inoculation chez des animaux d'une susceptibilité différente.

L'inoculation souscutanée d'une très petite quantité de charbon chez les lapins et les souris (animaux qui sont très accessibles à la maladie du charbon) produit à l'endroit de l'inoculation une extravasation de plasme dans la blessure. A l'examen microscopique du liquide on y trouve une quantité considérable de bâtonnets de charbon et presque aucun corpuscule blanc du sang, mais entre les quelques corpuscules qu'on y trouve, l'auteur en a rencontré, en opposition à M. Metschnikoff, cà et là qui contiennent des bâtonnets.

Chez les rats blanche adultes, qui ne sont pas très accessibles à la maladie du charbon et qui peuvent recevoir une immunité complète contre cette maladie, on voit au contraire les phénomènes suivants après l'inoculation souscutanée d'une petite quantité de charbon. 24 h. après l'inoculation, on trouve dans la blessure une certaine quantité de pus pur, contenant beaucoup de bâtonnets, qui quelquefois se rencontrent dans les cellules de pus, mais qui en majorité prédominante se trouvent libres dans le liquide. 48 h. après l'inoculation on voit les bâtonnets se dissoudre dans le pus sans être dévorés par les cellules. 24 h. plus tard, les bâtonnets sont généralement tués, ce qui est prouvé par le résultat négatif des inoculations du pus sur les souris et des ensemencements dans les milieux de nourriture de M. Koch, l'agar et la gélatine. Que les bâtonnets soient vraiment tués dans le pus sans être dévorés auparavant par les cellules, l'expérience suivante nous le montre. Du pus de l'endroit d'inoculation d'une rat blanche, inoculé 24 h. avant avec des bâtonnets, du charbon est sucé dans un tube très mince en verre. Le tube, fermé aux deux bouts, est placé dans un thermostat à 36°. Toutes les douze heures un peu du pus contenu dans le tube est ensemencé dans de l'agar et inoculé dans une souris. Le résultat de cette expérience montre que les bâtonnets sont morts de 72 à 96 h. après l'inoculation.

Chez les jeunes rats, qui meurent environ 8 jours après l'inoculation du charbon, la suppuration n'est pas si prononcée que chez les rats adultes. Néanmoins on trouve beaucoup de cellules de pus dans le liquide de la blessure et entre elles, fréquemment des cellules contenant des bâtonnets.

Chez les lapins inoculés avec des cultures de charbon non virulentes (affaiblies d'après la méthode de M. Pasteur), l'inoculation produit une suppuration comme dans les rats adultes. On trouve ici la

plupart des bâtonnets entièrement libres dans le pus, de temps à autre on en trouve aussi quelques-uns dans les cellules.

Les expériences montrent que la théorie de M. METSCHNIKOFF n'est pas entièrement d'accord avec les faits. Non-seulement on voit que les cellules de pus des animaux accessibles à la maladie en question peuvent contenir des microbes, et que l'animal meurt néanmoins de la maladie (les lapins, les souris, les jeunes rats), mais on trouve aussi que les microbes inoculés dans les animaux jouissant de l'immunité (les rats adultes, les lapins inoculés avec du charbon affaibli) ne sont pas toujours dévorés par les cellules du pus, mais que la plupart au contraire sont tués dans le liquide du pus sans être dévorés.

Ces expériences montrent de plus que la suppuration est d'une grande importance à l'égard de l'immunité des animaux envers les maladies infectieuses, et qu'elle doit être comprise comme une réaction avantageuse de l'organisme contre l'invasion des microbes pathogènes.

N° 5.

J.-G. EDGREN: **Sur la myopathie progressive primitive et sur son type scapulo-huméral, avec un aperçu des formes cliniques apparentées.**

A côté de l'atrophie musculaire progressive spinale (type Aran-Duchenne), existe, suivant ce qu'ont démontré les recherches les plus récentes, une myopathie progressive primitive chez laquelle les processus pathologiques se passent exclusivement dans les muscles mêmes, tandis que le système nerveux reste intact dans toutes ses parties. Ces processus sont identiques de leur nature, quoiqu'ils se manifestent cliniquement sous des formes différentes dont la proche affinité se trahit néanmoins par plusieurs cas de transition. Les diverses formes cliniques se répartissent en deux grands groupes principaux, l'un manquant de tout moment étiologique, tandis que l'autre se distingue par le rôle particulièrement important qu'y joue l'hérédité. Le premier de ces groupes comprend le type scapulo-huméral de LANDOUZY et DEJERINE, avec quelques autres cas d'atrophie plus étendue, et coïncide au plus près avec la forme juvénile d'ERB. Le second groupe comprend le type facio-scapulo-huméral de LANDOUZY et DEJERINE, la forme héréditaire de LEYDEN et la pseudohypertrophie.

L'auteur traite en détail le type scapulo-huméral myopathique, il relate deux cas tirés de sa propre observation, et donne l'aperçu rapide des cas de l'espèce les plus importants communiqués dans la littérature.

Le 1er cas de l'auteur est celui d'un tailleur âgé de 28 ans, sans antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures, à l'exception de fortes migraines à l'âge de 14 ans. Pas d'excès bacchiques ni vénériens, pas de syphilis. Sa maladie actuelle commença à l'âge de 16 ans, avec faiblesse des muscles antérieurs des cuisses et de ceux des lombes; la faiblesse augmenta et s'étendit au tronc et aux bras. Une exploration en juillet 1885 fit constater l'état suivant: Le malade est de bonne constitution, mais très maigre, le poids du corps 49,72

kilogr. — Plus ou moins atrophiés sont les muscles *pectoraux*, surtout les *grands*, mais peut-être aussi les *petits*, les parties inférieures du *trapèze*, les *grands dorsaux*, les *grands dentelés*, les *rhomboïdes*, les *sus-* et *sous-épineux*, les *extenseurs communs du dos*, les *biceps*, les *brachiaux antérieurs*, les *triceps*, les *longs supinateurs* de l'avant-bras, les *obliques* et les *transverses* de l'abdomen, les *grands fessiers* et peut-être aussi *les autres*, les *psoas-iliaques*, et tous les muscles de *la cuisse* à un degré plus ou moins grave. Normaux sont par contre les muscles de la *face*, de la *langue*, du *pharynx*, du *cou*, des *mains*, des *avant-bras* (à l'exception *des longs supinateurs*), des *jambes* et des *pieds*, le *diaphragme*, les *sphinctères*, et enfin les muscles *droits de l'abdomen* et les *deltoïdes*. Légère rétraction dans les *biceps brachiaux*. On ne constate nulle part d'hypertrophie; les réflexes rotuliens sont conservés, si même légèrement diminués. Pas de troubles trophiques dans la peau ni dans le système osseux; la sensibilité normale dans toutes ses qualités; pas de contractions fibrillaires, pas de réactions de dégénérescence, seulement simple diminution de la contractilité faradique et galvanique correspondant au degré de l'atrophie. Les organes intérieurs et l'urine sont à l'état normal. Pour l'aspect extérieur, l'auteur renvoie aux planches 1 & 2.

Cas 2. Cordonnier, 26 ans; pas de dispositions héréditaires ni de maladies antérieures, aussi peu que de syphilis ou d'alcoolisme. A l'âge de 22 ans, faiblesse à l'épaule gauche, sans aucune douleur; la faiblesse augmente, les omoplates deviennent saillantes, et il se déclare bientôt une faiblesse pareille au bras droit. A 23 ans, la faiblesse attaque également l'épaule gauche et le bras, et l'atrophie est constatée pour la première fois. Il n'a jamais été observé de douleurs ni de contractions fibrillaires.

En janvier 1886, les muscles suivants étaient atrophiés: les *grands pectoraux*, le *trapèze* dans ses parties inférieures, les *grands dorsaux*, les *grands dentelés*, les *rhomboïdes*, les *biceps* et les *brachiaux antérieurs*, les *triceps*, les *longs supinateurs* et les *adducteurs des cuisses*. Normaux étaient par contre les muscles de la *face*, ceux de *l'avant-bras* (sauf les *longs supinateurs*), ceux des *mains*, des *jambes*, de *l'abdomen*, les *longs dorsaux*, les *angulaires de l'omoplate*, les *deltoïdes*, les *coraco-brachiaux*, les *sus-* et *sous-épineux*, les *sous-scapulaires* et les *ronds*. Aucun muscle n'était hypertrophique; les muscles atrophiés étaient durs, fibreux. Pas de contractions fibrillaires; les réflexes cutanés et patellaires étaient conservés; intégrité complète de la sensibilité; l'urine et les organes intérieurs normaux. Diminution de la contractilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence. Pendant la continuation de l'observation, on ne remarque pas de modification notable; plus tard, en novembre 1886, on constate à peu près le même état, sauf que l'atrophie s'est aussi déclarée dans les muscles *sus-épineux* et les *angulaires de l'omoplate*, et qu'il y a rétraction dans les *biceps* du bras. Les planches 3 & 4 donnent l'apparence extérieure. M. Edgren compare ces deux cas de sa propre observation avec divers autres presque identiques, communiqués dans la littérature. Il en cite 4 de Erb [14], 1 de Landouzy et Dejerine [15],

1 d'Alessandro Marina [19], encore 1 de Erb [20 21], 1 de Wladimir Roth [22], 1 plus récent de Landouzy et Dejerine [17], 1 de Dubois de Neufchâtel [24], 2 de Duchenne de Boulogne [25 26], et 1 de Friedreich [27]. Tous ces cas montrent la plus grande conformité au point de vue clinique, et forment un groupe naturel que l'auteur nomme le type scapulo-huméral de la myopathie progressive primitive. Comme trois des cas cités ci-dessus ont aussi été examinés *post mortem*, et que le système nerveux fut trouvé intact dans sa totalité, la nature myopathique de ce groupe est mise hors de doute. En proche affinité du groupe en question, se trouve le suivant, formé de 1 cas de Lichtheim [12], 1 de Marie et Guinon [23], 1 de Ludw. Langer [33], 1 de Friedr. Schultze [16], et 1 de Landouzy et Dejerine [34]. Deux de ces cas étudiés anatomiquement montrèrent le système nerveux normal. La différence la plus importante par rapport au groupe précédent, est une plus grande extension de l'atrophie à l'avant-bras et aux mains, ainsi qu'à la face. L'auteur réunit ces deux groupes sous la dénomination commune de »forme juvénile», qui, par conséquent, ne correspond pas entièrement à la forme homonyme de Erb, ce dernier auteur y faisant entrer divers cas qui doivent, avec plus de raison, être rapportés à la forme héréditaire de Leyden ou à la pseudo-hypertrophie.

M. Edgren passe ensuite rapidement en revue les formes héréditaires, savoir le type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Dejerine, la forme héréditaire de Leyden et la pseudohypertrophie, insistant à titre principal sur les grandes analogies que ces formes présentent entre elles de même qu'avec la forme juvenile. M. Edgren essaye surtout de démontrer ces relations intimes en signalant certains cas de transition qui présentent en même temps des caractères appartenant à plusieurs formes différentes ou ayant, pendant une phase de leur développement, offert les caractères d'une forme et pendant une autre phase ceux d'une autre forme. Il existe des cas de transitions pareils entre la forme juvénile d'un côté et les formes héréditaires de l'autre; entre le type facio-scapulo-huméral et la forme héréditaire de Leyden; enfin, entre cette dernière et la pseudohypertrophie, formes dont Moebius avait du reste déjà démontré l'identité.

N° 6.

CASPER ANDERSSON: **Sur une des conditions de la première inspiration, et sur la tenue de la tête chez les nouveau-nés.**

La première entrée de l'air atmosphérique dans la trachée-artère à la naissance de l'enfant ne peut s'expliquer par une aspiration due à la dilatation inspiratrice du thorax. En effet, non-seulement la trachée et le larynx, mais aussi le pharynx, le nez et la cavité de la bouche chez le foetus sont complètement fermés à l'air, et aucune aspiration ne pourrait agir sur l'un quelconque de ces organes.

Dans les circonstances ordinaires, le foetus occupe dans l'utérus une position telle, que la tête est fortement inclinée en avant. La langue remplit totalement la cavité buccale, et le dos en est placé le

long du palais mou et du palais dur, de sorte que l'uvule se trouve dans l'angle formé par l'épiglotte relevée et la racine de la langue. Le palais mou occupe le voisinage immédiat du bord postérieur de la cloison des narines, en ligne sensiblement droite avec le palais dur. Il en résulte que le larynx est refoulé en haut sous la base du crâne. Le larynx et la trachée sont en outre aplatis d'avant en arrière.

Lors d'un accouchement normal, il se fait, à la sortie de la tête, un changement considérable dans la position de la tête par rapport au tronc. D'abord, l'axe longitudinal se redresse, pour prendre ensuite une forte courbure en arrière. Il en suit une extension considérable de la portion située sur le devant, portion se composant du larynx, de la trachée-artère, de la langue et des parties qui les relient entre eux. Le résultat immédiat de l'extension de ces organes, pour la plupart élastiques, c'est que le bout de la langue se retire, et que par conséquent l'air peut entrer dans la cavité de la bouche. Cela fait, la racine de la langue et le larynx peuvent s'abaisser et donner à l'air accès au gosier et à l'orifice du larynx. L'abaissement du larynx est accompagné de celui du voile. En même temps s'opère une extension des muscles qui relient entre elles les diverses parties de ces organes; ces muscles étant attachés à la partie postérieure du cartilage thyroïde, leur extension a pour résultat que la partie postérieure du larynx s'écarte de la partie antérieure et que l'air gagne le larynx. L'extension en longueur de la trachée-artère amène la diminution de sa largeur. Les cartilages du devant de cet organe forcent cette diminution à s'opérer sur le revers. Mais, en ce cas, les bouts cartilagineux repliés sur le revers devront se rapprocher en faisant ployer la partie antérieure du cartilage de la paroi. La paroi trachéale antérieure s'écarte ainsi de la paroi postérieure s'il y a de l'air pour remplir le vide formé de la sorte. Après que l'air s'est ainsi introduit dans la partie inférieure de la trachée, il s'y trouve par conséquent une colonne d'air sur laquelle peut agir une aspiration quand une dilatation inspiratrice du thorax aura lieu.

L'auteur ne veut pas nier que des contractions musculaires ne puissent contribuer en partie à l'opération décrite, mais il les croit inessentielles, ayant observé lui-même que l'air peut pénétrer dans la trachée chez des foetus morts-nés.

Après que la respiration a commencé, le nouveau-né vigoureux tient pendant assez longtemps la tête penchée en arrière. Cela est important pour le passage libre de l'air par les voies aériennes avant qu'elles aient gagné en capacité, et que les cartilages de la trachée aient obtenu de la consistance dans leur nouvelle position. Il est d'une grande importance que cette tenue de la tête ne soit pas empêchée par une fausse position, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants faibles qui ne sont pas en état de la changer eux-mêmes. Chez ces enfants, il peut même être nécessaire que la position qu'ils prennent eux-mêmes soit changée, dans le sens indiqué, par l'assistance d'autrui.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om ruptura urethræ.

Af

Overläge AXEL IVERSEN
i Köbenhavn

Forholdsvis själdent får man Lejlighed til at se travmatiske Läsioner af den mandlige urethra, og da navnlig af den Del af urethra, som i det fölgende skal väre Genstand for mine Betragtninger, den dybere beliggende Del, et Sygdomsbillede, der i Almindelighed går under Navnet »ruptura urethræ», fremkaldt af en ganske bestemt Lejlighedsårsag. På den fri Del af penis kan Läsioner naturligvis også indvirke: ved Forsög på at rette en chorda, ved et mislykket coitus, ved direkte traumata kunne lignende Symptomer fremkomme; men disse Lidelser skulle her ikke närmere omtales.

At Läsionen er själden, kan ses deraf, att jeg ved at gennemgå Frederiks Hospitals Journaler fra 1858 til 1880 (inkl.) kun har fundet 17 Tilfälde (14 Tilf. fra Afd. C., 3 fra Afd. D.); fra 1863 til 1880 (inkl.) har jeg på Kommunehospitalet fundet 12 Tilfälde [9 fra 1ste Afd., 3 fra 5te Afd.] [1]).

Imidlertid er det ikke alene ved Själdenheden, at de udmärke sig; vel kunne enkelte af disse Tilfälde forlöbe let og tilsyneladende betydningslöst; men Pluraliteten af dem höre til de alvorligste kirurgiske Läsioner, som fordre megen kirurgisk Takt og Omtanke til Behandling. I Reglen vil man nödes til bestemte operative Indgreb, og da disses Indikationer ikke her hjemme have väret omtalte udförligere, vil jeg i det föl-

---

[1]) For Benyttelsen af dette Materiale tillader jeg mig her at bringe de respektive Hrr Overläger min hjärtelige Tak.

gende, stöttende mig til de omtalte Sygehistorier, som refereres nedenfor, närmere präcisere dem.

Når man taler om ruptura urethræ, fästes Tanken strax på en ganske bestemt Region af urethra, nemlig den Del, der svarer til perineum; det, der af urethra svarer hertil, er pars perineo-bulbosa, i det pars membranacea og pars prostatica, som jo også höre til den dybere Del af urethra, ikke svare til perineum, men närmest til rectum.

Disse Dele udmärke sig ved deres ejendommelig fixerede Leje, som kun i ringe Grad tillader en Bortvigen af Travmaet, hvorved Kontusionernes Indvirkning bliver så ejendommelig, i det den kombineres med Bristninger, der her, hvor det gälder en Kanal, ikke alene får en öjeblikkelig farlig, men også en Fremtiden truende Virkning. Falder et Individ således overskrävs over en skarp Genstand, eller får han et Spark i denne Region, vil Volden själdent holde sig til Overfladen, men tränge i Dybden og her give de störste Forandringer.

På dette Sted fixeres og beskyttes urethra dels af bestemte Fascieudbredninger, dels ligger den indlejret i en kavernös Skede, og da Huden i Reglen er så elastisk, at den viger tilbage for Travmaet, får man disse ejendommelige. på en Måde subkutane Läsioner, som dog forholde sig som åbne, i det de frit kunne kommunicere med Kanalen og med Urinen; deraf muligvis de hurtig indträdende flegmonöse Processer med de noksom bekendte Farer, deraf de senere så hårdnakkede, travmatiske eller cikatricielle Strikturer.

Naturligvis har man allerede fra de äldste Tider behandlet disse Läsioner; men Behandlingen var ufuldständig og palliativ; man inciderede, når der kom Flegmone, man kateteriserede, endogså med Vold, eller gjorde Blärepunktur, når der kom Urinretention; men da man manglede Kendskabet til Patologien af disse Läsioner, måtte Behandlingen derfor også blive inkomplet. Så vel DESAULT [1]) som CHOPART [2]) have meddelt slige Iagttagelser, men nöjedes kun med den palliative Behandling. REYBARD [3]) har den store Fortjäneste ved sine Arbejder om urethrotomia ext. at have akcentueret Forholdet til urethra närmere; men hans Afhandlinger synes dog ikke at

---

[1]) DESAULT: Oeuvres chir. 1803.

[2]) CHOPART: Traité des maladies des voies urin. 1821.

[3]) REYBARD: Traité pratique des rétrécissements de l'urèthre. 1853.

väre blevne påagtede, för BOCEKEL i Strasburg[1]) i 1868 og senere bestemt akcentuerede Nödvendigheden af, at man under sådanne Forhold fandt den bageste Del af den rumperede urethra; hans Opfattelse og Behandling, som han stöttede til flere Sygehistorier, må derfor siges at have väret ledende for de senere fremkomne Arbejder. Först gennem de Diskussioner, der bleve förte i Société de chirurgie i 1875 ved Bedömmelsen af NOTTAS[2]) Arbejder, bleve Principperne for en for en fornuftig Behandling af disse Läsioner slåede fast, og särlig må CRAS's[3]) Arbejder nävnes her, i det han i 1876 og 1878 gjorde Rede for den patologiske Anatomi i Afhandlinger, indleverede til Selskabet. På basis af disse udarbejdede nu GUYON[4]) en Rapport til Akademiet, og hans Mening viste sig at väre den sejrende her, skönt han fra flere Sider, navnlig fra LE FORT, mödte en Del Modstand. TERRILLON[5]) har i et senere, udmärket Arbejde gjort Rede for og meddelt sine egne Erfaringer, og man kan nu sige, at Indikationerne for en rationel Behandling ere slåede fast.

De sidst nävnte Arbejder have navnlig den store Fortjäneste, at de indgående have beskäftiget sig med den patologiske Anatomi, og heraf have vi lärt, at Läsionen som Regel har et temmelig typisk Säde.

For at komme til Erkendelse herom, om Rupturens Säde, Udsträkning og Komplikationer, kan man gå 3 forskellige Veje, som gensidig kunne supplere hinanden. For det förste har man Sektionerne af slige Patienter; dernäst Undersögelserne på den levende, og endelig kan man kontrollere Resultaterne ved Experimenter på Lig, skönt man strax må fremhäve, at Delene her briste langt lettere end hos den levende.

Med Hensyn til Undersögelserne på den levende kan man strax sige, at den udvendige Inspektion og Palpation intet lärer om Rupturens anatomiske Säde eller Udsträkning; hverken Ekkymoserne, Svulsten eller Uretroragien kan beläre en herom;

---

[1]) F. BOCEKEL: Gaz. méd. de Strasbourg (N:r 17—18—20—22). 1868.
» » » » » 1876 (Observ. et considér sur l'opération de la boutonniére dans la contusion du périnée).

[2]) NOTTA: Société de chirurgie 1875.

[3]) CRAS: Mémoire sur les ruptures de l'urèthre. — Bull. Soc. de chirurgie 1876 (Gaz. des Hop., S. 1165. 1876).
» Bull. Soc. de chirurgie 1878.

[4]) GUYON: Rapport sur le mémoire de CRAS. — Bull. Soc. de chirurgie 1876.

[5]) TERRILON: Des ruptures de l'urèthre; thèse. Paris 1878.

ej heller Kateterets Indförelse kan hjälpe; ti selv om Kateteret kan indföres, kan der dog godt väre en Ruptur, og ved vanskelig eller umulig Indförelse kan selve urethra godt väre intakt, men Vanskeligheden eller Umuligheden väre afhängig af en Kompression af urethra ved den omgivende Blodsvulst. Först efter Perinealincisionen kan en närmere Diagnose stilles, i det man da f. Ex. föler Kateteret blottet i en vis Udsträkning eller man föler den fri Spids af Kateteret ragende ind i en uregelmässig Kavitet.

Langt bedre Holdepunkter får man derimod af Sektionerne og af de Experimenter, som CRAS, TERRILLON og GUYON have anstillet på Lig. Disse Undersögere have nu med en Pålidelighed, som er hävet over al Tvivl, konstateret Rupturernes patologiske Anatomi, og det er et Extrakt af disse Undersögelser, jeg i det följgende skal fremstille.

Tidligere lärte man, at Rupturerne som Regel ramte pars membranacea; men nu vide vi, at dette kun undtagelsesvis er Tilfäldet.

Man må nu sondre mellem to Former af Rupturer; den ene Form rammer den Del af urethra, der kaldes pars perineobulbosa, den anden pars membranacea, og for bägge er der en vidt forskellig Ätiologi.

Med Hensyn til Rupturens sädvanlige Säde vide vi nu, at den som Regel findes foran, eller rettere nedenfor, den såkaldte CARCASSONNEske Aponevrose eller lig. triangulare urethræ; ved et Fald overskrävs på en passende Genstand, f. Ex. en Tönde eller Planke, eller ved en stärk Kontusion i perineum, f. Ex. et Spark, rumperer urethra som Regel 1—3 Cm. foran dette Ligament. Vel kan også pars membranacea rumpere ved en sådan Vold; men Årsagen er da i Reglen en anden, i det Rupturen her er sekundär, afhängig af en fractura pelvis, f. Ex. af os pubis. Et trauma kan själdent komme til at indvirke direkte på dette så dybt gemte Sted; rammer Volden her, vil den bevirke enten en Lösning af Symfysen eller en Afbräkning af en eller anden Bendel af arcus infra pubem, hyppigst da af den descenderende Del af os pubis; Läsionen af pars membranacea vil enten ske således, at et lösnet fragmen direkte läderer urethra, eller Läsionen vil frembringe en Deplaceren af det frakturerede Benstykke eller Diastase af Symfysen; i bägge Tilfälde ville de med Bendelene og pars membranacea nöje sammenhängende Aponevroser deviere urethra,

og da denne på dette Sted kun er omgiven af spinkle Muskler, der på det nöjeste ere indskedede i de stärke fibröse Bånd, vil Modstanden kun väre ringe, og Rupturen vil så foregå gennem en Traktion.

Anderledes er Forholdet, når Rupturen foregår foran pars membranacea. Her lärte man tidligere, at, når urethra ved de nävnte Årsagsmomenter blev trykket sammen, skete der en Overrivning af den på den Side, hvor den vendte mod den skarpe Kant af det såkaldte lig. triangulare urethræ eller mod Forfladen af Symfysen; man mente altså, at Rupturen som Regel fandtes på den överste Väg. OLLIER og PONCET [1]) have särlig hävdet denne Mening og have udfört deres Experimenter på den Måde, at de först indförte en Voxbougi i urethra og derefter med forskellige runde og hårde Ting kontunderede perineum; de påstode så, at de altid fik en Fure på den Side af Bougien, som vendte op imod arcus infra pubem. De viste, at urethra nöjagtig red over på Overgangen mellem pars membranacea og bulbosa, overreven imod det CARCASSONNEske Bånd, en Del af diaphragma genito-urethrale, hvorfor de frarådede at fölge ARMISSATS Råd, at bruge Sonder à courte courbure, men derimod Sonder med stor Krumning.

Disse Forhold have naturligvis en stor praktisk Betydning, da man, hvis dette var rigtigt, måtte forlade den gamle kirurgiske Regel, ved Kateterisation ufravigelig at fölge den överste Uretralväg.

I Modsätning hertil lärte CRAS af sine Experimenter, at urethra som Regel rumperede på den underste Väg, og dette er nu fastslået, särlig af TERRILLON, der også har gjort herhen hörende Experimenter; han fandt, at Läsionen ved de Kontusioner, som ikke vare ledsagede af Bäkkenbrud, sad 1—3 Cm. foran lig. triangulare urethræ. Medens OLLIER og PONCET og flere med dem antoge, at Overklipningen skulde foregå imod lig. triangulare urethræ, viste CRAS og TERRILLON, at urethra nok kunde kontunderes og rumpere på den överste Väg; men det var da kun Tilfäldet, når Volden ramte så langt fortil, at urethra blev slået op imod Forfladen af Symfysen. Formen af det kontunderende Legeme har den störste Betydning for Sädet af Rupturen; i Reglen komme Patienterne under sådanne Forhold til at ride over et Legeme, hvis Diameter er

[1]) PONCET: Note sur le siège précis des ruptures de l'urèthre et sur leur mécanisme. Lyon méd. Déc. 1871.

mindre end Afstanden imellem de to tubera ischii, og dette Legeme vil da tränge sig imellem den ene Halvdel af Buen og urethra; herved lösnes eller kontunderes det corpus cavernosum penis, som ligger på denne Side, medens urethra tränges over til den modsatte Side, hvor det klemmes itu imellem det kontunderende Legeme på den ene Side og det skarpe Sammenstöd mellem ramus descendens ossis pubis og ramus ascendens ossis ischii på den anden Side; Bristningen findes derfor som Regel enten på den ene Sideväg eller på Overgangen mellem Sideväggen og den underste Väg. De beviste fremdeles, at Riften var transversel (den ugunstigste Diameter for Retableringen af det senere lumen), og at Riften hyppigst var inkomplet. Dette stöttes også af den kliniske Erfaring, i det mindste når man skal dömme efter den Lethed, man efter den perinale Incision med Kateteret kan komme ind i den bageste Ende af urethra; hvis Kontinuiteten var helt brudt, vilde Vanskelighederne vist nok som Regel väre större. De viste end videre, at der var bestemte Grader i Kontusionen, i det de forskellige Väv med forskellig Lethed gave efter for Volden.

Lettest brister det kavernöse Väv i bulbus urethræ; Bjälkeværket, der begränser Maskerummene, brister let, da Rummene ikke med den Hurtighed, der vilde väre fornöden for at undgå en Bristning kan udtömme Blodet i Naborummene; Slaget vil omtrent ramme som på en fyldt Bläre, og Resultatet heraf vil väre en större Ophobning af Blod, der kan blive så betydelig, at selve urethra kan komprimeres heraf; i gunstigste Tilfälde vil dette Blodextravasat resorberes; men en Destruktion af de bärende Bjälker har der dog väret; der vil komme en Indskrumpning på det ramte Sted, og Cikatricen vil vise sig ind i urethras lumen som et fremspringende, forsnävret Sted. Mulighed kan der også väre for, at f. Ex. Blodextravasatet er så betydeligt, at mucosas Ernäring lider ved Distensionen, og at der herved frembringes en partiel Nekrose, hvorved den oprindelige, aflukkede Hulhed sekundärt kan komme til at kommunicere med Kanalen og blive udsat for Infektion herfra. Også den Mulighed ligger meget när, at en uheldig Kateterisation kunde åbne focus og derved frembringe et lignende Resultat.

Den fibröse Omhylning, som indeslutter corpp. spongiosa urethræ, er meget fast, men af forskellig Tykkelse på de forskellige Steder; den Del, der vender ind imod mucosa, er

tyndere end den Del, der bekläder den udvendige Overflade, og man finder derfor også, at den hyppigst brister ind imod urethras lumen; Bristningen af mucosa kan nu gå gennem de forskellige Grader, lige fra den mindste Rift til den störste Gabning, som i fuldt Mål kommunicerer med Blodudträdningen i corp. spong. urethræ; medens Uretroragien vilde mangle i det för nävnte Tilfälde, vil den her väre meget fremträdende, dog med forskellig Styrke, ligefra en dråbevis Afgang af Blod til en spröjtende Uretroragi. Faren for Urinens Indträngning vil selvfölgelig her väre större, skönt Blodextravasatet i Reglen vil väre betydeligt nok til at fremkalde en Okklusion af urethra, enten gennem Koagulation eller ved ligefremt Tryk, i det den Del af corp. spong., som ligger bagved Riften, d. e. närmere Blären, vil sammentrykke urethra; hvad enten det ene eller det andet er Tilfäldet, finder man også, at disse Tilfälde ere hyppigst ledsagede af retentio urinæ, et Held, som Kateterets Indförelse eller Forbliven kan forandre på en meget sörgelig Måde.

Endelig kan Traumaet gå så vidt, at også den udvendige Del af den fibröse Beklädning brister, og da man så i Reglen har en forudgående solutio continui gennem den uretrale Del af fibrosa, får man et perforerende vulnus, som går gennem hele Tykkelsen af corp. spong., in casu bulbus urethræ; dette vil give Anledning til en endnu betydeligere Blödning, da der nu ikke, som i det för nävnte Tilfälde, er en Barrière, som provisorisk kan afdämme Blödningen; Blodet vil presse sig ud i Blöddelene, og det vil naturligvis komme til at fylde den af Aponevroserne präformerede Kavitet, komme til at fylde den af de franske Kirurger benävnte loge périnéale inférieure. Fölge vi Richets [1]) anatomiske Udvikling, som vist nok må siges at väre den naturligste, vil man herved få et Blodextravasat, som ligger indskedet mellem den overfladiske og mellemste Perinealaponevrose; for at nå ind til dette Rum, vilde man altså komme til at gennemskäre Huden, det subkutane Bindeväv, hvori rigeligt Fedt i Regionens bageste Gränser, den almindelige superficielle Fascie, der i Regionens forreste Del er mere lamellös og opbladet, men som i Virkeligheden ikke her danner en egen Fascie, men kun en stärkere Sammenträkning af det subkutane Vävs dybere Dele. Endelig

[1]) Richet: Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. Paris 1877.

vilde man nå den overfladiske Perinealfascie, der til Siderne hänger sammen med den benede Begränsning af arcus infra pubem, inskedende og häftende sig på de 2 corpp. cavernosa penis og corp. spong. urethræ; bagtil går den under musc. transv. perinei og stiger da i nogle Millimeters Höjde lodret opad for her at forbinde sig med den såkaldte mellemste Perinealaponevrose, der ikke er andet end Colles lig. triangugulare urethræ, også kaldet lig. périnéale eller den CARCASSONNEske Aponevrose; således er Rummet aflukket nedad, bagtil og opad; fortil slutte Aponevroserne sig tragtformig sammen, i det de gå direkte over i den fibröse Beklädning af penis; derfor vil RICHET også hellere have dette Rum benävnt som loge fibreuse périnéo-pénienne; kun på et eneste Sted er Logen fortil ikke fuldständig aflukket, i det Aponevroserne på Siderne af lig. suspensorium penis blade sig op og gå over i Lamellerne af den almindelige superficielle Fascie, og dette Rum benytter også dels Blodet, dels Uroplanierne til at komme frem og blive superficielle, i det Sugillationerne og Flegmonen herfra kan angribe radix penis, scrotum, Ingvinalregionerne o. s. v. Herpå ville flere af Sygehistorierne kunne give lärerige Exempler. At den overfladiske Perinealaponevrose også ved Trykket eller Flegmonen kan give efter, er også ret almindeligt, og man får så en almindelig Flegmone i det subkutane Väv i perineum.

Et sådant anatomisk Billede vil Rupturen give, når den sidder i pars bulbosa urethræ.

Anderledet vil Forholdet blive, når Bristningen foregår i pars membranacea. Denne Del ligger så dybt, at den nästen aldrig brister, undtagen når Travmaet er så betydeligt, at de tilgränsende Bendele frakturere; dette kan ske enten ved en direkte Vold i perineum, som först fremkalder Frakturen og så Rupturen i pars membranacea, eller Traumet kan virke på et helt andet Sted af Bäkkenringen og herved give Frakturen med den påfölgende Ruptur af urethra; dette kan f. Ex. ske ved en betydelig Sammenpresning af Bäkkenet. De Frakturer, der give disse Läsioner, ere de, i Reglen efter MALGAIGNE [1]) opkaldte, dobbelte vertikale Frakturer, hvis ene Del går gennem ramus horizontalis ossis pubis og enten ramus descendens ossis pubis eller ascendens ossis ischii, kort sagt i en Linie,

---

[1]) Traité des fractures et des luxations. 1847.

der falder i en noget variabel Afstand fra Symfysen. Den bageste Del af Frakturen går gennem en Linie, der falder noget bag acetabulum; denne Fraktur karakteriseres derved, at den er kompliceret med déplacement af fragmina, og enhver sådan Forskydning vil nödvendigvis medtage den på det forskudte Benstykke siddende Aponevrose, og da urethra på dette Sted meget nöje er indskedet af Aponevrosen (lig. triangulare urethræ), må den fölge med. Dette Ligament er jo nemlig intet egentlig fibröst septum, men er et fibro-muskulärt Plan, som omskeder hele pars membranacea, og da det med sin laterale Rand meget nöje fölger linea posterior af arcus infra pubem, vil enhver Deviation af denne influere på urethras Retning. Går Forskydningen ikke vidt, vil der måske kun komme et Knäk på urethra, hvilket jo altid vil have en fatal Betydning; men går Träkket videre, vil urethra briste, og da selve mucosa på dette Sted er meget skör og ikke beskyttet af en fibrös Beklädning, men kun af dens egne svage mm. proprii og den Wilsonske Muskel, vil Riften gå gennem alle strata og i Reglen väre komplet, altså gennem hele Cirkumferensen af Kanalen; i pars membranacea er Rupturen derfor også som Regel komplet, i Modsätning til Rupturen i pars bulbosa.

Men der behöver ikke en Gang at väre en Fraktur af Bäkkenringen, for at pars membranacea skal rumpere; en Disjunktion af symphysis pubis vil väre tilsträkkelig; tränger en Vold således ind på Bäkkenet, at Symfysen, om end kun momentant, går fra hinanden, hvad der dog som Regel kun sker i den rene Form, når en lignende Disjunktion foregår i den ene eller anden synchondrosis sacro-iliaca, er dette nok til, at der kommer en sådan Traktion på de urethra omgivende Aponevroser, at den rumperer.

Brister nu urethra på dette Sted, vil Blodet og den eventuelle Uroplani findes ovenfor den mellemste Aponevrose imellem den og den överste Perinealaponevrose, som også af mange Anatomer kaldes fascia pelvia; denne er meget stärk, men har dog svagere Partier ved de Dele af den, som ligge bagved Symfysen, ved de så kaldte ligg. pubo-prostatica; disse ere kun fortykkede Partier af fascia pelvia med indlejrede tyndere Partier, og trängte Vädsken nu herigennem, vilde den frit kunne diffundere ud i det löse Bäkkencelleväv, ind i det subperitoneale Bindeväv; også herpå frembyde nogle af vore Syge-

historier karakteristiske Exempler. Hvis ikke Pusansamlingen perforerede ind i peritoneum, Blären, vilde den kun kunne komme frem på ét Sted, nemlig i Regionens bageste Del, hvor den vilde kunne tränge ned på Siderne af det stärke Bindevävslag, som forbinder rectum med prostatas Bagside; det kaldes også tit i Anatomierne det peritoneo-prostatiske Bindeväv; kom Ansamlingen nu ud på Siderne heraf, vilde den sänke sig ned i excavatio ischio-rectale eller cavum pelvirectale inferius, og Flegmonen vilde altså komme ud på Siderne af anus, medens det egentlige perineum vilde väre ganske frit; hele det omtalte, godt begränsede Rum kalde de franske Anatomer loge périnéale supérieure.

Man vil altså let heraf se, hvilken forskellig anatomisk og kirurgisk Betydning Bristninger på disse to Steder have.

Med Hensyn til Symptomatologien ville vi först skildre de ved Rupturen af pars perineo-bulbosa opträdende Tilfälde. Allerede Cras og efter ham Guyon og Terrillon have lettet Opfattelsen af det kliniske Billede, i det de have opstillet 3 Grader af disse Kontusioner; de have talt om lette Tilfälde, sväre Tilfälde og Tilfälde, som stode herimellem, som i deres Opträden i Reglen have en lettere Karakter, men som vare noget forskellige i deres videre Forlöb; andre, som Monod [1]), kalde dem også cas douteux, i det han gör opmärksom på, at det er netop disse, som mest kunne forvirre en, i det Symptomerne kunne hälde til bägge Ydergränser og som Regel ikke altid strax have den urgerende Karakter, at Kirurgen strax slår ind på den Behandling, som tit måske institueres for sent.

De Symptomer, som i Reglen opträde ved disse Läsioner, kunne henföres under 3 Rubrikker: Blödninger, Vanskeligheder ved Urinladningen og Perinealsvulst.

Blödningen (Uretroragien) er måske et af de hyppigste og savnes imellem vore 29 Tilfälde kun 6 Gange. Blodet kommer i Reglen umiddelbart efter Läsionen frem gennem orific. ext. i variabel Mängde, tit som Dråber, men i enkelte Tilfälde som Stråle. Uretroragien kan mangle, og dette kan have forskellige Årsager. Således vil den selvfölgelig mangle i alle de Tilfälde, hvor Läsionen kun har frembragt en Knusning af det kavernöse Väv i corp. spong. urethræ, og hvor mucosa er

[1]) E. Monod: Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe. Thèse p. l. d. Paris 1880.

intakt; her vil den mangle gennem hele Sygdommens Forlöb; ligeledes vil den mangle, når Läsionen er af den Beskaffenhed, at så vel mucosa som corp. spong. urethræ ere således läderede, at den i Blöddelene udtrådte Blodmängde er så betydelig, at der enten kommer en Kompression af den for Riften perifere Ende af urethra, eller at denne ved mucosas Elasticitet har trukket sig således sammen, at Blodet ikke kan komme frem; ligeledes vil Blödningen kunne mangle, når Rupturen har väret komplet og bägge Ender have trukket sig stärkt sammen; men i de sidste Tilfälde vil Blodet komme frem, enten når et Instrument föres ind, hvorved Kanalen åbnes, eller når Pat. gör Forsög på at urinere, i det Perinealmusklerne så ville trykke Blodet ud gennem orific. ext.

Af Blödningens Tilstedevärelse ville vi altså se, at man ikke kan afgöre noget om Tilfäldets större eller mindre Betydning; men i Reglen kan man dog sige, at, jo stärkere Uretroragien er, desto alvorligere er Tilfäldet, desto större solutio continui må man forudsätte i urethra, og desto större ere de sekundäre Farer. I Reglen plejer Blödningen at holde sig 1 til 2 Dage efter Läsionen; men i flere af Sygehistorierne berettes der også om, at den har holdt sig i flere Dage; men i disse Tilfälde var det rigtig nok dog hyppigst enten den spontane Urinering eller Indförelsen af Kateteret, som fremkaldte den.

Det näste Symptom er *Vanskeligheden ved Urinladningen*, som altid vil afhänge af det Tidspunkt, Urinen sidst er kvitteret inden Läsionen. Selv om urethra er komplet rumperet, behöver Patienten dog ikke derfor strax at urinere ud i Bindevävet i de omtalte Loger; i Reglen vil Patienten under sådanne Forhold lide af komplet Retention, der i det hele og store er betinget af en krampagtig Sammenträkning af Blärens sphincter i pars membranacea, men dog også for en meget väsentlig Del skyldes Obturationen af urethras lumen, dels ved det omgivende, komprimerende Blod, dels af obturerende Blodkoagler. Denne Spasme i Forbindelse med Obturationen er heldigvis så almindelig, at Patienten i Reglen efter de omtalte Läsioner ikke formår at kvittere en Dråbe Urin, og at man altså herigennem näer tids nok til at instituere en virksom Behandling, inden den skäbnesvangre Fase — Uroplanien — er indtrådt, som strax forvärrer Chancerne for Patienten så betydelig. Imellem den komplette Retention og den fri Vand-

ladning ligger der nu flere Gradationer; vanskelig og smertefuld Urinering er der måske hyppigst tilstede, i det Svulsten af den läderede Slimhinde samt Riften tilsträkkelig forklare bägge; dernäst må man også erindre, at vel kan Vandladningen måske strax väre forholdsvis fri, men meget almindeligt vil den sekundäre, inflammatoriske Svulst, som kommer på 2den, 3dje Dag, genere den, ja undertiden så meget, at der kan komme en komplet Retention under det videre Forlöb. Gradationerne i Vandladningens Vanskelighed kunne altså ikke heller give en bestemte Oplysninger om Tilfäldets Betydning, i det på den ene Side en komplet Retention kan väre fremkaldt af en simpel Okklusion af urethra gennem et betydeligt Blodkoagel, som ligger i corp. spong. urethræ, et forholdsvis gunstigt Tilfälde; på den anden Side kan Vandladningen dog väre forholdsvis let sammen med en dybere gående Rift af urethras mucosa og kavernöse Väv.

Endelig skulle vi beskäftige os med *Perinealsvulsten*, der primärt er dannet af det udtrådte Blod, men sekundärt kan skyldes den udtrådte Urin. I Reglen vil Svulsten opträde strax i perineum som en temmelig ensformig, spändt Udfyldning, indtagende dettes Gränser; da Blodet hyppigst ligger i loge périnéale inférieure, vil Svulsten svare til dennes Udsträkning, og derfor går den hyppig ind under scrotum, indtagende Partiet, der svarer til scrotums bageste Halvdel. Til Svulsten i Dybden svare subkutane Bloduddträdninger og Ekkymoser, og disse kunne naturligvis have en mere eller mindre forskellig Udsträkning, hyppigst gående hen på nates, Indsiden af femora o. s. v. Svulsten er i Reglen öjeblikkelig indträdende og näer nästen strax sin fulde Udsträkning, indenfor de förste Timer; vel kan den senere voxe mere, men så skyldes det nye Processer, nemlig flegmonöse Processer fra Uroplanien. Også om den perineale Svulst kan man sige, at den ikke heller har en sådan klinisk Betydning, at man herved strax kan få den rette Opfattelse af Tilfäldets Betydning; vel falder en meget betydelig Perinealtumor, og navnlig når denne går hen i den bageste Del af scrotum, i Reglen sammen med de alvorlige Tilfälde, hvor Bristningen har gået gennem mange Lag; men imellem vore Sygehistorier finder man dog et Tilfälde, hvor Perinealsvulsten er bleven resorberet og Tilfäldet er forlöbet uden Suppuration. Perinealsvulsten vil vist nok af de her nävnte 3 Symptomer bedst vejlede til Bedömmelsen af

Tilfäldets Alvorlighed, navnlig når den sträkker sig ind i det bageste Omfang af scrotum, ti dette tyder på meget udbredte Rupturer i corp. cavern. urethræ; at Svulsten er däkket af intakt, ikke ekkymoseret Hud, tyder også alvorligt, da den primäre Blödning så altså har fundet Sted over den overfladiske Perinealfascie. Uretroragiens Häftighed er også et godt Kriterium, da denne i Reglen står i Forhold til Rupturens Udsträkning; derimod kan man ikke af Urinretentionen eller den vanskelige Urinladning drage sikre Slutninger om Tilfäldets Betydning.

Ömheden i perineum kan ikke vejlede en; i Reglen er Regionen meget ömfindtlig, men ikke särlig öm på Rupturstedet, som man har sagt. Ekkymosers Opträden på bestemte Steder har en stor Betydning; finder man, således som i flere af vore Sygehistorier, bestemt stribeformede Ekkymoser, som endog kunne gengive Formen af det kontunderende Legeme. — Aftrykket f. Ex. af en Järnstang — kan man heri på en Måde afläse Sammenklemningen af urethra og deraf slutte sig til en Ruptur.

Smerten i Läsionsöjeblikket er i Reglen voldsom, ja tit ere sådanne Läsioner strax ledsagede af en Afmagt, skönt man også i Sygehistorierne finder Exempler på, at Patienterne strax efter Läsionen kun i ringe Grad have reageret for Traumaet.

De nävnte Symptomer tyde, når de opträde primärt eller observeres strax efter Läsionen, bestemt på, at urethra er läderet foran pars membranacea.

Derimod frembyder Rupturen af pars membranacea ganske andre Symptomer.

Uretroragien er själden, opträder måske ikke, og findes den, er den kun sparsom. Som bekendt forholder en Blödning, der kommer fra pars membranacea eller fra prostata, sig som en Bläreblödning; Blärens sphincter (vilkårlig) har jo sit Säde i pars membranacea, delvis i prostata, og Blodet vil derfor gå tilbage i Blären og kun udtömmes med Urinen, når denne kvitteres; ved enhver Blödning fra urethra, der opstår perifert for pars membranacea, vil der komme en uafbrudt Blödning fra orific. ext., i det der i dette Afsnit af urethra ikke er nogen Muskel, som kan tilbageholde Blodet.

Blandt vore Tilfälde (6) er der således i 2 Tilfälde ingen Uretroragi, i 3 Tilfälde en så ringe, at det nästen ikke er til at regne, og kun i ét Tilfälde omtales en stärkere Blödning,

men dog kun ved Kateterisationen; at der kan väre nogen Blödning, kan man godt forstå af de anatomiske Forhold, i det Riften kan sidde så langt fortil, at der ikke er nogen muskulär Barrière for Blödningen; den ringe eller ingen Blödning passer godt til hele Regionens Anatomi.

Den primäre Perinealsvulst vil som Regel savnes; hvis der findes Svulst, vil denne findes f. Ex. over Symfysen eller langs med det ene eller andet Ben af Buen; men denne Svulst vil altid först senere komme frem, i det Bedäkningerne ere så tykke, at Blodet kun vanskelig kan föles derigennem. Kommer der Svulst, vil denne altid väre sekundär og strax have en ganske anden Betydning, i det den vil tyde på Uroplani, der også her, som tidligere berört, vil have et ganske andet Säde, nemlig til den ene eller anden Side for anus. Ja, Svulsten kan endelig komplet mangle i en Del Tilfälde, i det Uroplanien ikke samler sig, men breder sig i det subperitoneale Bindeväv, hvor den kun kan kendes af det ejendommelige kliniske Forlöb, den höje Feber, den kollaberede Tilstand, det ballonerede Underliv, Symptomer, der kombineres af den septiske cellulitis og den peritoneale Irritation, som fölger hermed.

Det, der imidlertid särlig karakteriserer disse Tilfälde, er den hurtig indträdende Uroplani; da Blären mangler sin muskuläre Stötte i pars membranacea, vil den ved en ringe Trang udtömme sig, men her uheldigvis på det farligste Sted, nemlig loge périnéale supérieure, hvor den som sagt vel hyppigst giver en diffus cellulitis pelvis, själdnest en Flegmone, der kommer ned i cavum ischio-rectale, hvor den måske ved Incision kan standses; Billedet af Urinretention er derfor i Reglen falsk; Patienterne kvittere ikke Urinen, ikke fordi de ikke kunne, men fordi de enten delvist eller totalt have kvitteret den ind i denne överste Loge.

Har man end videre ätiologiske Momenter, som f. Ex. et Fald fra en betydelig Höjde enten på Sädet eller på Födderne, en Sammentrykning af Bäkkenet f. Ex. ved Overkörsel, og disse Symptomer findes, må man särlig befrygte en Ruptur af pars membranacea.

Man kunde naturligvis også under sådanne Forhold finde f. Ex. en Urinretention, som her vilde väre reflektorisk, afhängig af en forbigående Blärestupor; men Undersögelsen vilde

da snart, ved at påvise den fri uretrale Passage til Blären, vise, at pars membranacea var intakt.

Särlig en Blärеruptur kunde ligne Billedet; men også her vil Undersögelsen vise, at urethra er intakt.

Inden man altså går over til at undersöge Patienten närmere, vil man se, at man strax vil have forskellige Symptomer, som kunne vejlede om Rupturens Säde; da Undersögelsen imidlertid strax bör följes af en Behandling, ville vi nu närmere omtale denne, i det vi heri medtage Undersögelsen, således som den bör göres.

Det, der karakteriserede den tidligere Tids Behandling, kan måske siges at väre, at Behandlingen da var mere rent symptomatisk, og at den ikke som nu på en Måde sögte på en Gang at komme alle Symptomerne til Livs og radikalt angribe Läsionen. Man ser derfor og vil også i de äldre Tilfälde af vore Sygehistorier finde, at Opmärksomheden f. Ex. fortrinsvis var rettet på det Symptom, som mest dominerede Billedet, således Urinretentionen — Uroplanien. Man sögte altså ved forskellige Midler at skaffe Patienten Lindring for sine Urinträngsler, man afväntede Symptomerne på Uroplanien, og så handlede man; derfor ser man, at man ved forskellige Former af Katetere eller ved Blärepunktur hävede Urinretentionen. Navnlig har Blärepunkturen spillet en betydelig Rolle, og i det fölgende ville vi närmere undersöge, hvilken Betydning den har, og under hvilke Forhold denne bör anvendes.

Allerede länge inden man närmere kendte disse Rupturers patologiske Anatomi, var Operationen mange Gange udfört, en Tanke, der lå så när, når Udtömmelsen ikke var mulig ad den naturlige Vej og ikke kunde häves ved Kateter; på det Tidspunkt var man jo kun henvist til den Form af Blärepunktur, hvor man anlagde en blivende Kanyle over Symfysen, hvorigennem Urinen frit kunde flyde ud. Imidlertid lärte man snart, at vel hjalp denne Operation en ud over det öjeblikkelig farlige i Situationen, men den forebyggede på ingen Måde de farlige Fölger af Läsionen; man lärte snart, at Flegmonen i perineum ikke udeblev; dog blev man i lang Tid alligevel stående herved, man punkterede Blären over Symfysen, og når Uroplanien kom, så inciderede man; Urinen afgik så for en stor Del gennem Perinealincisionen, mindre og mindre afgik gennem Kanylen; til sidst afgik der så intet herigennem, Ka-

nylen blev fjärnet, og måske retableredes så lidt efter lidt Urineringen ad den naturlige Vej, og Patienten slap da fra Läsionen med en Striktur, hvis ikke septiske Potenser gennem Bäkken-Celluliter, gennem Pyo- og Septikämi havde dräbt ham länge forinden. TERRILLON har nu også i sit ovenfor citerede Arbejde vist, at Perinealflegmonen, trods den anlagte Blärefistel, i Reglen kommer, og når dette er et factum, som også kan ses i vore Sygehistorier, må Operationen falde hermed. Selv om en Kanyle er anlagt à demeure i Blären, vil der dog som Regel altid komme noget Urin ud i urethra, og kommer denne ind i en sådan blodfyldt Kavitet, vil Flegmonen komme, og selv om man tänkte sig, at al Urinen kunde tränge ud gennem Blärefistlen, vil en Suppuration i det med Blod opfyldte Cellevàv näppe väre til at udelukke, i det Luften med dens sepsis gennem Kateterisationsforsög altid vil väre kommen ind i Kaviteten. Skulde man derfor nu under sådanne Forhold for Tiden bruge Blärepunkturen, hvad der for övrigt nedenfor närmere skal omtales, bör den kun bruges som Aspiration for at afvänte bedre Forhold for et radikalt Indgreb, som strax af forskellige Grunde ikke kunde foretages.

Vi ville dernäst omhandle Perinealincisionen; som sagt blev denne tidligere kun gjort, når Indikationen var at åbne for Flegmonen. Her må man imidlertid strax erindre, at, når man på dette Sted taler om Flegmone, er det altid en Flegmone, der er kombineret med Gangrän; Suppurationen bliver först manifest, når der er hengået flere Dage (3—5), og i denne Tid vil selvfölgelig alt, hvad der har rört ved den septiske Flegmone, delvis eller totalt senere blive udstödt; Bindeväv, Fascier og navnlig urethra vil lide betydelig, hängende Tjavser af Riften ville gangränere i större Udsträkning, og heraf vil der resultere, at Destruktionen bliver större og Reparationen således vanskeligere; en fra Begyndelsen af mindre, selv flosset Rift, vil til Slutningen efterlade Substanstab af flere Cm:s Udsträkning, og en Cikatrice i urethra, der resulterer af et sådant Substanstab, må altid blive meget alvorlig. Dernäst må man også erindre, hvilke alvorlige universelle Tilfälde slige Flegmoner give, og talrige Dödsfald af Pyo- og Septikämi samt udbredte Bäkkenflegmoner ere jo en hyppig Fölge af disse Lidelser. Derfor taler alt for, at man gör sit Indgreb tidlig, at man kan redde så meget Väv som mulig fra Destruktionen og da navnlig af urethra; ti er det bevist, hvad alt taler

for, at Suppurationen er en nästen uundgåelig Komplikation ved disse Läsioner, bör man forebygge denne eller göre den så lidt udstrakt som mulig ved tidlige Incisioner.

Herved närme vi os nu det, som må siges at väre det kapitale i den moderne Behandling, at åbne Hämatomet i perineum så tidlig som mulig; ti gör man det, vil, som Erfaringen nu har lärt os, en rigelig og bekvem Vej åbnes for Udtömmelsen af Blodet, hvorved netop Incisionen får en hämostatisk Betydning; Urinen får samtidig ikke Lov til at stagnere, og Muligheden for at finde den bageste Del af Kanalen er samtidig bleven större. Af dette må det siges, at NOTTA har indlagt sig store Fortjänester, i det han bestemt hävdede, at man strax burde incidere; men han begik en Fejl i at opsätte Opsögningen af den läderede urethra til et senere Tidspunkt; han vilde, som han sagde, vänte, til Såret havde renset sig. Den Form af urethrotomia ext., som man nu mener bör benyttes ved disse Läsioner, og som man med de franske Kirurger kan kalde urethr. ext. d'emblée, delte han i 2 Tempi; men af det udviklede vil man let se, at han snarere vanskeliggjorde sig Operationen herved, og derom tale hans Sygehistorier höjt nok. Imod denne Opsätten af at finde Kanalen protesterede CRAS og senere GUYON, og som omtalt gik også dennes Mening sejrig gennem Akademiet.

Endnu have vi aldeles ikke omtalt Kateterisationen, således som den i Reglen göres, i det et Kateter, som oftest af Sölv, indföres i urethra, uden at denne först er undersögt närmere. I Reglen kan man sige, at Kateterisationen under sådanne Forhold gör langt mere Skade end Gavn, ikke at tale om, at man kun meget själdent opnår sin Hensigt dermed, at tömme Blären; man gör Skade dels ved at fremkalde og foröge Blödningen, enten ved direkte Läsion eller ved at bortskyde Koagler, som provisorisk have standset Blödningen; man kan meget let danne falske Veje, man kan måske ved en uheldig Manövre overrive den smalle Bro, som endnu holder den rumperede urethra sammen, og endelig kan man ikke, selv om Kateterisationen lykkes, blive stående ved denne.

Står man lige overfor et sådant frisk Tilfälde, bör man forholde sig på fölgende Måde: da en Operation som Regel er nödvendig, bör man strax indrette sig på en sådan, sörge for Narkose, Instrumenter o. s. v. Står man alene, f. Ex. på

Landet, burde man ved fyldt Bläre strax göre en Punktur af Blären med en Prövetrokar, for at Patienten ikke ved at urinere skulde forvärre sine Chancer.

Har man nu alt i Orden, bör man begynde med at undersöge urethra metodisk; som omtalt bruge mange til denne Undersögelse et Metalkateter; men dette er af de omtalte Grunde, ligesom for övrigt altid, ubrugeligt til at undersöge urethra. Til denne Undersögelse egner sig derimod explorateurs à boule olivaire, d. e. fine, elastiske Bougier, der på et tyndt Skaft bäre en olivenformet eller ägformet Knop, der strax vilde standse ved enhver Forsnävring, hvis Bevägelser, bårne af det tynde Skaft, ere meget smidige, og hvis bouton altid kan föles gennem perineum eller rectum, således at man kan orientere sig om Stedet, hvor den standser. En let og forsigtig Hånd må före det ind i urethra og strax lade det standse ved den mindste Modstand. Man kan välge et N:r 16—18 Filière Charrière, som normalt kun skal möde en passager Modstand i pars membranacea. Passerer denne nu let, ved man, at Vejen er fri, og man kan altså med Lethed indlägge en sonde coudée (blöd) i Blären. Kan Exploratören ikke passere, ved man, at der findes en Hindring, som så i det givne Tilfälde kan afhänge enten af en Kompression eller en Ruptur, i hvis Masker Exploratören fanges.

Fölger man nu den i Symptomatologien givne Skala, lette Tilfälde, cas douteux, og alvorlige Tilfälde, vil den videre Fremgangsmåde blive forskellig.

Har man nu et Tilfälde, hvor der vel er Uretroragi, men ingen Perinealsvulst, og hvor Exploratören passerer let, bör man vel indskränke sig til enten at indlägge en sonde coudée à demeure eller at foretage med regelmässige Mellemrum en Kateterisation med et lignende Instrument; kan man ikke stole på, at dette kan göres godt og sikkert, bör man vel helst holde sig til en sonde à demeure, hvis Forbliven i urethra kun behöver at udsträkke sig over nogle Dage, så länge til Riften er i Granulation og den forbiströmmende Urin ingen Skade kan göre. Derpå må man tänke på at modarbejde den altid indträdende Striktur.

Selv i disse lette Tilfälde må man dog nöje overvåge Patienten, undersöge perineum jävnlig, at man ikke skal overse en begyndende Uroplani, som så strax må incideres; selv ved det ringeste Spor af Perinealinfiltration eller Temperaturstig-

ning, som ikke skyldes andre Årsager, må der anlägges en regulär Perinealincision.

Er man lige over for et cas douteux, hvor der er Uretroragi og Perinealsvulst, selv moderat, og Exploratören passerer let, bör man dog ikke heraf lade sig forlede til kun at nöjes med at indlägge en sonde à demeure, håbende, at Perinealsvulsten kan resorberes; da dette er Undtagelsen, bör man, trods den lette Kateterisation, strax göre en Perinealincision, i det Anläggelsen af denne ikke er forbunden med nogen som helst Fare, hvorimod dens Undladelse meget hurtig alvorlig kunde forvärre Patientens Tilstand. Jeg anser endogså Perinealincisionen for så ubetydelig, at enhver Läge på Landet med Lethed kan göre den uden Narkose, når Patienten er stillet sådan, at han for övrigt ikke strax kan få den fuldständige Hjälp, således at Perinealincisionen, muligvis kombineret med en Blärepunktur, vil väre det, som enhver kan göre på stående Fod, og så opsätte det övrige, til alt er arrangeret på den fölgende Operation; ja lige over for et sådant Tilfälde burde Lägen ikke en Gang explorere urethra, for ikke at göre Skade, men kun nöjes med en öjeblikkelig Perinealincision.

Kan nu Exploratören ikke passere, har man sin Operation strax given; man vil således se, at jeg for mit Vedkommende henregner nästen alle de så kaldte cas douteux, i det mindste hvad Behandlingen angår, til de alvorlige.

Efter Narkosen anbringes Patienten i det sädvanlige Stensnitleje, og Perinealincisionen göres nu på fri Hånd midt i perineum fra scrotum til i Närheden af anus; lagvis dissekerer man sig gennem Integumenterne, indtil man näer den Kavitet, hvori Blodet findes; med Finger og Udspröjtninger fjärner man Blodkoaglerne og pröver nu, om Exploratören kan passere urethra, i det man samtidig med en Finger i Perinealsåret palperer urethra; lykkes det, som f. Ex. når urethra kun har väret komprimeret, kan en sonde à demeure med Lethed indlägges; men hvis det ikke lykkes, og man med Fingeren föler, at urethra er rumperet, må man se at finde den bageste Ende af urethra; i Reglen er det nu ikke vanskeligt, da Uretralrupturerne som omtalt kun ere partielle, holdende sammen med den överste Väg; man indförer så en elastisk sonde coudée, hvis Böjning af sig selv fölger den överste Väg, og ved Hjälp af den kontrollerende Finger vil man i Reglen

uden Vanskelighed komme ind i den bageste Del af urethra. Kateteret fixeres nu [1]), lades åbent, og efter en fornyet Rensning af Perinealsåret, hvorfra der i Reglen kun er en parenkymatös Blödning, som let står for Tamponade (lös) med Jodoformgaze, lägges Patienten i Sideleje; Urinen afgår så frit gennem Kateteret, men vil inden lang Tid også sive ved Siden af ud i Såret, som imidlertid nu ingen Betydning vil have, da der er let Udlöb. Perinealkaviteten träkker sig i et sådant Tilfälde hurtig sammen, og når Forlöbet har väret det her skildrede, behöver man ikke i lang Tid at have Sonden inde; ti allerede efter 8—10 Dages Forlöb vil Granulationsprocessen väre så vidt fremskreden, at man kan overlade den spontane Urinering til Patienten, medens man dog ikke må glemme at påbegynde det andet vigtige Afsnit af Behandlingen, nemlig den begyndende Striktur.

En sonde à demeure af den angivne Form kan med sädvanlig som dog näppe ligge mere end 8 Dage i urethra uden at fremkalde en urethritis, i det Opflosningen af Fernissen på Kateteret irriterer urethra stärkt; man kan derfor blive nödt til at skifte Sonden, hvad der i dette Tilfälde näppe vil väre vanskeligt; imidlertid egner Tunnelkateteret sig langt bedre til en sådan Skiften, i det man på en gennem Kateteret indfört Mandrin med stor Lethed kan udtage det gamle og indföre det nye.

Har man derfor vanskeligere Tilfälde, hvor man kan vänte, at Kateteret skal blive liggende en längere Tid, står man sig vel under sådanne Forhold strax at indföre en sonde ouverte à deux bouts. Imidlertid er dette ikke altid strax så let, i det den åbne Ende af Kateteret med sin Rand let hager sig imod Åbningen til den bageste Del af urethra; man kan overvinde denne Vanskelighed på flere Måder. Enten kan man lede en särlig forarbejdet Bongie gennem urethra og få denne ind i den bagerste Ende; på den anden Ende af Bongien er en Tap med en Skruegang, som passer i en Metalmandrin ligesom ved Maisonneuves urethrotomia int. [2]); her over kan jo Tunnelkateteret med Lethed skydes ind i Blären, eller man

[1]) Til Fixation af slige Katetere plejer jeg at knytte det til en gennem præputium fört Trådslynge.

[2]) Ved at komme collodium på Spidsen af Bongien kan man give denne en Form som en sonde coudée, altså egnet til at fölge den överste Väg af urethra.

må se at entrere den bageste Ende af urethra med en Kateterleder (LARSENS, BOECKELS) og kan nu herpå indlede Bougien, der skal lede og väre Mandrinen for Tunnelkateteret. Man må kort sagt altid se at finde den bageste Ende af urethra; ti har man Instrument i denne, kan man altid få et Kateter gennem hele urethras Längde.

Til Indförelsen af en sonde à demeure kan man også med Fordel bruge JUILLARDS Kateter, der med Sikkerhed kan ledes langs den överste Väg af urethra, og som efter at väre bleven forandret til et i Enden åbent Kateter (ved Mandrinens Udtagelse) kan tjäne til Gennemförelse af en Mandrin, hvorpå det egentlige Kateter fjärnes. Er det nu imidlertid ved totale Rupturer meget vanskeligt at finde den bageste Ende, bör man dog ikke opgive sine Forsög på at få Sonden ind i Bläreu; man kunde ganske vist under sådanne Forhold nöjes med en rigelig Perinealincision, hvorigennem Urinen let vilde söge, og muligvis löbe an på, at de to Ender af urethra under Granulationsprocessen kunde, som man siger, finde hinanden; men dette er dog i Virkeligheden at overlade Patientens Skäbne til et Tilfälde, som näppe altid vil slå til; det rationelle vil dog altid väre at sörge for at få en sådan Kommunikation mellem de to Ender af urethra, at Granulationerne og den senere Cikatrice kan danne sig om et Rör, at man altså kan danne en virkelig ny urethra. Kan man altså, trods al anvendt Umage, hverken ved Synets eller Fölelsens Hjälp og ej heller ved at trykke på Blären, hvorved Urinen kan strömme ud gennem den bageste Åbning af urethra, finde denne, bör man, efter min Mening, enten gennem en sectio alta eller en Blärepunktur med påfölgende BRAINARDS Kateterisation, fra Blären på en Kateterleder före et Kateter eller et Dränrör ind i Blären, hvorved den övrige Del af Kanalisationen jo med Lethed vil give sig selv, i det man herigennem kan indföre en Mandrin, hvorpå da et Tunnelkateter kan indledes.

For at finde den bageste Del af urethra må man huske på, at man ikke går for langt bagtil, men snarere fortil tät op imod arcus infra pubem.

Selv om man nu ikke vilde gå så vidt i sin Operation for at indlägge et Kateter gennem urethra, men efter Perinealincisionen lade Cikatricen selv danne urethra, hvad der efter min Mening er galt, kunde man dog godt se, at Urinretentionen af og til holdt sig, i det Spasmen af Blären hin-

drede den spontane Urinering gennem Perinealincisionen; her kunde man dog godt ved nogle Aspirationer häve den subparalytiske Tilstand af Blären, og Urineringen vil da höjst efter et Par Dages Forlöb komme i Gang gennem Perinealsåret. Er det nu imidlertid lykkedes at få en Sonde, helst Tunnelkateter, helt igennem, bör man sörge for, at dette kommer til at ligge godt, ikke for langt inde i Blären [1]) og vel befästet. Dernäst må man påse, at man ikke bruger et for stort N:r; en sonde à demeure bör aldrig have et höjere N:r, end at den, som GUYON udtrykker sig, med Lethed må kunne beväges i urethra; beväges den med Vanskelighed, kan man väre sikker på, at den vil irritere Kanalen, fremkalde Svulst og urethritis samt krampagtige Tilfälde, hvorunder den kan udstödes, og under sådanne Forhold opfylder den aldeles ikke sin Hensigt. Meningen med Sonden er jo aldeles ikke, at Urinen kun skal gå herigennem; Urinen må gärne gå på Siden af den, må gärne, og gör det jo också, tränge gennem Rupturstedet ud i Perinealsåret; derfor må der väre så megen Plads på Siden af Kateteret, at der aldrig kan blive Tale om, at Urinudtömmelsen skal ske med en vis Kraft; ti sker ikke Udtömmelsen let, kan der let ved den anvendte Kraft dannes en Indkiling af Urinen, f. Ex. under en Flig af Slimhinden, og derved kan der gives Lejlighed til Mortifikation af denne. En anden Hovedfordring er den, at Kateteret holdes åbent, så at Urinen stadig kan dryppe ud af Åbningen; ti boutonneres denne, kan man också befrygte en pludselig stärk Udtömmelse med de samme skadelige Fölger. Endelig må man sörge for, at Enden af Kateteret befästes ikke for lavt nede; tit ser man, at en sonde à demeure böjes ned i et Glas, som ligger imellem Patientens Lår; under sådanne Forhold kommer der let decubitus på det Sted af urethra, der ligger modsat Insertionen af lig. suspensorium penis og svarer til Overgangen mellem penis og scrotum; Patienten lägges derfor i Sidelejet, hvorved Pavillonen af Kateteret föres ind i et liggende Uringlas. Selvfölgelig egne Metalkatetere sig ikke til at bruges som sonde à demeure.

Indlägges et Kateter à demeure med disse Forsigtighedsregler, og iagttages den nödvendige Renlighed gennem Ud-

[1]) Man regner som Regel, at Enden af Sonden bör ligge 4 Cm. ind i Blären, hvad man let kan regne sig til ved at träkke Sonden så meget ud, at Urinudlöbet standser; indföres den så på ny de 4 Cm., ligger den på sin Plads.

spröjtninger så vel af vesica som af urethra, tåles det som Regel godt og fremkalder näppe nogen af de Gêner, som man så tit har beskyldt sondes à demeure for. Et andet Spörgsmål bliver det, hvor länge skal det blive liggende? Herom have Meningerne väret meget delte; men også herom tror jeg, at man kan opstille visse almindelige Regler.

For at afgöre dette Spörgsmål må man först göre sig det klart, hvad Meningen med Sonden er. Hovedhensigten med den er at få en kontinuerende Kanal, at påvirke Granulationerne således, at de i deres Fremväxt holdes indenfor de rette Gränser, og at lede dem til uden Komplikationer at nå deres fysiologiske Bestemmelse — Arvävet; en anden Rolle skal Sonden også udfylde, nemlig at aflede Urinen; men denne opfylder den aldrig komplet, i det det ikke kan undgås, at en vis Mängde af Urinen går ud gennem Såret; vist nok kan denne Mängde formindskes meget betydelig, når Sonden passer omhyggelig, og når Renligheden overholdes; men helt at dränere Blären formår man näppe. Efter min Mening bör man altså ikke lade Sonden ligge längere, end til at Granulationerne have opnået en sådan Fasthed, at de på en Måde danne en Barrière for urethra. Lader man nemlig Sonden ligge längere, ville Granulationerne lide ved Trykket, henfalde og ulcerere og ikke nå til det Stadium af inflammatorisk Atrofi, som f. Ex. VOILLEMIER lägger så megen Vägt på; imidlertid er det jo vanskeligt at overföre disse teoretiske Betragtninger på det särlige Tilfälde; men i sin Almindelighed kan man sige, at man kan antage dette Stadium nået, når Perinealsåret har renset sig, er i Granulation; dette Stadium vil i Reglen väre nået efter 8—10 Dage; derpå kan man fjärne Sonden; men da man kunde befrygte, at Vejen dog kunde väre vanskelig at finde, burde man gennem Tunnelkateteret indlägge en tynd Bougi, armeret med en Skrue, som passer f. Ex. til de GUYONske Metalbougier, og som kunne lades à demeure. Herved vilde man opnå den store Fordel, at man umiddelbart efter Sondens Fjärnelse kunde påbegynde det andet Afsnit af Behandlingen, nemlig Dilatationen af den begyndende Striktur.

Ved denne Behandling vilde man opnå den store Fordel, for det förste at have en sikker Konduktor til sine Bougier, for det andet, at Trykket på Granulationsvävet (d. e. den intermitterende Indförelse af Metalbougierne) netop vilde virke således, at Granulationerne sukcessivt atrofierede og dannede

Cikatricen, hvorimod det stadig liggende Kateter gennem den forögede Hyperämi vilde ulcerere Granulationerne.

Den eneste, men mindre väsentlige Indvending, man kunde rette herimod, er, at disse Bougier ere dyre, i det man må forskrive dem, da vore Instrumentmagere ikke kunne forarbejde dem.

For praktisk at bestemme Tidspunktet for Sondens Fjärnelse kan man lade Patienten, medens han, efter Fjärnelsen af Tunnelkateteret, har en Ledningsbougi i sin urethra, urinere, og så bedömme, hvor meget Urin der går den naturlige Vej; går det meste af Urinen gennem Perinealincisionen, bör man endnu i kort Tid på ny indlägge et Tunnelkateter.

Indförelsen af Metalbougierne må ske den förste Tid daglig og med Forsigtighed må man stige med N:r, og navnlig ikke stige, når Granulationsvävet blöder, da det altså tyder på, at Irritamentet og Trykket er for stort for Granulationerne. Kun få Dage efter Dilatationens Begyndelse behöver Bougien at blive liggende, da urethra så er så vidt kanaliseret, at Dilatationen nu går let.

Dilatationen sker senere själdnere; men i lang Tid må man helst selv fortsätte hermed med de samme Instrumenter; som bekendt går GUYONS Skala (Beniqué) til N:r 44 = N:r 22 Charrière Filière; jeg plejer at stige til dette N:r, men udskriver i Reglen Patienterne med Bougi N:r 18, som de selv läre at indföre; af praktiske Hensyn plejer jeg at forsyne mine Patienter med en Metalbougi, som ikke er udsat for at lide den Overlast, som de blöde, elastiske Bougier i Reglen få; de ere lige, og Patienterne läre med Lethed selv at indföre dem.

Disse cikatricielle Strikturer ere som bekendt särlig tilböjelige til Retraktion, der, under den for Strikturpatienter sädvanlige Sorglöshed, senere kunne give meget alvorlige Sygdomme; disses Behandling ville vi forelöbig ikke komme ind på.

Denne Behandling bör fölges ved enhver frisk Uretralruptur, når den har sit Säde foran pars membranacea — altså i det overvejende Antal Tilfälde. Imidlertid kan man jo også få Tilfälde under Behandling, hvor det primäre og radikale Indgreb er forsömt af en eller anden Grund, hvor man har den fuldt udviklede Flegmone eller Uroplani. Man må her strax göre sin perineale Incision, som anlägges på den tidligere beskrevne Måde, og i rigelig Udsträkning åbne alle de

septa, som adskille den fälles Hulhed i flere mindre, samt anlägge passende Kontraåbninger. I sådanne Tilfälde må man nu ikke gå videre; og navnlig må man bestemt advare mod at forsöge på at indlägge en sonde à demeure. Delene, også urethra, ere jo så angrebne af Flegmonen (gangränerende), at man meget let vilde risikere at forårsage en endnu mere udbredt Gangrän af urethra end den, der allerede er tilstede, ligesom man også vilde kunne få farlige Fölger fra de Flebotromber, der under disse Forhold ere udviklede i det kavernöse Väv; man måtte altså forholde sig ligesom ved de Uroplanier, der fölge gamle Strikturer, nöjes med Incisionen, Udrensning af Kaviteten og desinficerende Udspröjtninger, derpå afvänte Lösningen af alt det gangränöse Väv, og så först i Granulationsstadiet forsöge at retablere Kanalens Permeabilitet ved Indläggelsen af en sonde à demeure — en Opgave, som her er langt vanskeligere.

Som beskrevet vil altså Behandlingen af denne Form af Ruptur ikke väre särlig vanskelig; langt vanskeligere er Behandlingen ved en Ruptur af pars membranacea. Vanskelighederne komme dels af, at disse Läsioner ere kombinerede med andre, også alvorlige Läsioner, dels af, at disse Rupturer, som omtalt, så hurtig kompliceres af Uroplanien; dette er jo overordentlig vigtigt, da man altså nästen primärt og langt tidligere end ved den anden Form får denne skäbnesvangre Komplikation, liggende i loge périnéale supérieure, på et Sted, hvor Farerne for Propagationen ere langt större.

Kan man ved sin Exploratör konstatere, at Hindringen sidder lidt inde i pars membranacea, kunde man på et indfört itinerarium strax göre enten en sectio lateralis eller heller bilateralis; men da man ved denne Incision ikke en Gang altid opnår at skaffe Udvej for Uroplanien og ikke opnår at indlägge et Kateter i Blären, bör man efter min Mening strax beslutte sig til en sectio alta, hvorigennem man kan göre en Brainards Kateterisation, hvorved man på et indfört itinerarium så vel kan göre det nödvendige Perinealsnit som også indlägge et Kateter (Tunnelkateter) i Blären. Juillards Kateter har jeg således en Gang benyttet hertil med stor Fordel, i det det, indfört fra Blärens Side, let tillod en Mandrin at passere herigennem.

Sectio mediana kunde naturligvis også bruges; men Rummet åbnes dog bedre ved en af de andre Former af Snit.

Efter Incisionen må man desinficere meget omhyggelig, at der ikke skal komme nye Farer fra de nu komplicerede Rupturer. Denne Desinfektion vil foruden gennem Sublimatindsprõjtninger bedst opnås ved Indläggelsen af Jodoformgaze.

Medens man ved Behandlingen af den anden Form af Uretralruptur i Reglen sikkert kan redde Patienten fra Farerne for Uroplanien, er Indgrebet naturligvis i dette Tilfälde ikke när så beskyttende imod Uroplanien, som under Form af en cellulitis pelvis näppe kan angribes og i Reglen er dödelig.

Jeg vil nu meddele Sygehistorierne, som jeg efter Cras kunde dele i 3 Grupper: lette, cas douteux og alvorlige.

Af *lette* Tilfälde have vi kun 1, nemlig:

1. A. R., Kulmåler, 36 År, indkom d. $^{31}/_{5}$ 59 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{5}/_{6}$ 59. Ved at träde på Bunden af et tomt Vinfad gik denne itu, han faldt igennem og pådrog sig et Slag i perineum imod den skarpe Kant af Fadet. Langs Midtlinien af perineum fandtes en ej betydelig, stärkt blålig farvet, ikke meget öm Svulst, der fandtes i Cellevävet under Huden, ingen dybere Läsion, og han har uden Smerte haft Åbning og ladt sit Vand.

Fotus arnicæ.

Af *cas douteux* have vi 7 Tilfälde, nemlig:

2. L. W., Fabriksbestyrer, 35 År, indkom d. $^{4}/_{8}$ 65 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreven d. $^{22}/_{8}$ 65. Ved at stige op på en Kasse i Morges faldt Pat. ned og stödte en skarp Kant af Kassen op i perineum. Kort efter kom der Blödning fra urethra, som standsede efter Indläggelsen af en Bougi. 1 Time efter lod han Urinen spontant; den indeholdt ikke Blod; senere indfandt Blödningen sig igen med fri Mellemrum. Ved Indläggelsen fandtes der ingen Uretroragi, men denne indfandt sig kort efter så stärkt, at Blodet i en kontinuerende Stråle flöd ud af urethra; denne standsedes ved Indsprõjtning af Isvand og liquor ferri muriatici. I perineum fandtes et svullent infiltreret Parti, ikke meget ömt; exploratio rectalis viste intet abnormt. Han havde Retention, Blären blev tömt med Kateter, og Urinen var ikke blodig; ved Indförelsen af Kateteret följte han Smerte ved pars membranacea; men Indbringelsen mödte ingen Vanskelighed: Kateterisationen måtte fortsättes de 4 näste Dage, og i Reglen fremkaldtes lidt Blödning ved Kateterisationen; herunder tiltog Perinealsvulsten noget i Störrelse de 2 förste Dage, men faldt så igen og var nästen svunden ved Udskrivningen; da Infiltrationen tabte sig, kunde man föle en dyb, knudret Svulst, udgående fra urethra; hertil föltes imidlertid intet ved Udskrivningen; på Sygdommens 5te Dag begyndte den spontane Urinering igen.

3. I. C., 44 År, Tjänestekarl, indkom d. $^{29}/_{11}$ 65 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{16}/_{12}$ 65. Omtr. 1½ Times Tid för Indläggelsen fik en Bör, som Pat. trillede, Overbalancen og vältede ned af nogle Trappetrin, hvorved en af Stängerne slog ham nedenfra opad i perineum. Han fölte strax en häftig Smerte, og da han vilde kvittere Urinen, udflöd kun en rigelig Mängde Blod af urethra. Forreste Del af perineum og det bageste Parti af scrotum fandtes at väre Sädet for en spändt, hård Svulst og megen Ömhed; ingen Ekkymoser af Huden. Fra urethra udflöd lidt lyst Blod, dog ikke i rigelig Mängde; han havde nogen Trang til Urinladning; men Blären var dog ikke spändt; så vel Katetere som elastiske Bougier mödte en betydelig Modstand i den bageste Del af urethra, og herunder opstod en stärk Blödning; det lykkedes ikke at före Instrumenter ind i Blären; Isbläre. Allerede den fölgende Dag kunde de mindre boutonnerede Kateterbougier indföres, og den udtömte Urin var kun lidt blodig. Den fölgende Dag kunde han selv lade Urinen, skönt i en temmelig fin Stråle; nu omtales ikke mere nogen uretral Blödning, og Urinens Stråle bliver tykkere. Ved Udskrivningen (18 Dage efter Läsionen) var der endnu lidt Ömhed og Svulst i perineum.

4. R. T., 13 År, indkom d. $^{15}/_{7}$ 67 på Fr. Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{27}/_{7}$ 67. I Går vilde Pat. balancere på en Järnstang omtr. 1½ Alen fra Jorden, men faldt herunder overskrävs ned over denne. Med noget Besvär kunde han gå hjem; han fölte en Del spontane Smerter i perineum; ved Indläggelsen fandtes en betydelig hård Svulst i perineum, särlig til höjre for raphe; den bedäkkende Hud stärkt dekoloreret; ligeledes Svulst i scrotum; på bägge Steder betydelig Ömhed. Urinladningen var fri, og der var ikke afgået Blod per urethram. Ved Udskrivningen föltes endnu på höjre Side af raphe perinei nogen Udfyldning; han önskede selv at udskrives.

5. Fr. F., Arbejdsmand, 44 År, indkom d. $^{5}/_{8}$ 67 på Fr. Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{14}/_{8}$ 67. Da Pat. i Forgårs Aftes steg opad en Loftsstige, knäkkede et Trin på denne, og han faldt ned; i Faldet kom han til at ride over en åbentstående Dör, og fik derved en Kontusion i perineum; han fölte strax en Del Smerter på Läsionsstedet, sov dog godt den fölgende Nat; men da han näste Morgen vågnede, fik han meget stärke eg smertefulde tenesmi urinarii, og herefter afgik Urinen i en temmelig tynd Stråle; herefter afgik der dråbevis omtr. ½ Pägl Blod gennem orif. urethræ. I Dagens Löb indfandt tenesmi sig meget hyppig, efterfulgtes hver Gang af en sparsom Urinladning, og 2 Gange i Går afgik efter den klare Urin en lignende Mängde Blod som förste Gang. Under Urineringen har han fölt temmelig stärke Smerter langs Forlöbet af urethra; på Indläggelsesdagen har der 2 Gange väret betydeligere Blödninger. Kort efter Indläggelsen kvitterede han en Pägl klar, strågul Urin, hvorefter der afgik nogle få Dråber blodblandet Vädske. I perineum, over hele det bageste Parti af scrotum og over överste Del af venstre Lårs Indside fandtes en stärk ekkymatisk Farvning af Huden; i perineum en Del

Ömhed for Tryk, men ingen Svulst af Blöddelene. Ved exploratio rectalis fandtes ubetydelig Svulst og Ömhed af prostata, men i övrigt intet abnormt. Kateter N:r 18 indföres temmelig let, dog ömmer han sig en Del, når det passerer pars membranacea; ingen Blödning herefter. Under Opholdet på Hospitalet kom der ikke senere Blod i Urinen; men Passagen af Urinen smertede ham i perineum; dette havde dog helt tabt sig ved Udskrivningen.

6. W. Y., 40 År, Styrmand, indkom d. $^{17}/_{6}$ 74 på Fr. Hospitals Afd. C., udskr. d. $^{4}/_{7}$ 74. 4 Timer för Indläggelsen faldt Pat. ned fra en ubetydelig Höjde og kom til at ride over en fremstående Järnkant, som kontunderede perineum og bageste Del af scrotum; der skal siden väre udflydt en ikke ubetydelig Mängde Blod gennem urethra. Umiddelbart för Läsionen havde Pat. ladt Urinen og har senere ikke fölt Trang dertil. Hele Bredden af perineum fandtes indtaget af en middelmådig stärk Svulst, som var mest prominerende til venstre for raphe; på dette Sted var cutis blålig dekoloreret i en Stribe, som sträkker sig fra scrotum til anus. Svulsten var blöd, elastisk og fremböd kun stärkere Ömhed for Tryk på Midten. I den bageste venstre Halvdel af scrotum fandtes en håndfladestor Infiltration af Integumenterne med ekkymotisk Farvning af Huden; denne er ikke öm eller smertefuld. Omtrent ved Overgangsstedet imellem scrotum og perineum fandtes en 4-skillingsstor Exkoriation. Testes uskadte. Af orif. urethræ udflyder et Par Dråber Blod. Et almindelig Metalkateter kan föres gennem hele urethra uden at möde nogen Hindring eller at volde Pat. synderlig Smerte; herved udtömmes kun en ringe Mängde lidt blodig Urin. Urinudtömmelsen blev lidt vanskeligere den fölgende Dag, hvorfor en Kateterisation blev nödvendig; denne foretoges også uden Vanskelighed eller Smerte. Derefter formåede han frit at lade Urinen; men herunder kom der jävnlig nogen Blödning. Svulsten i perineum og scrotum svandt en Del under Hospitalsopholdet; men ved Tryk på perineum udflöd fremdeles lidt Blod fra urethra. Ved Udskrivningen, der skete efter Pat:s eget Önske, havde også dette tabt sig.

7. H. N., Skräddersvend, 20 År, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. 6te Okt. 1864 og udskreves d. 21de Okt. 1864. Pat. sprang i Formiddags op på Kanten af en Stol for at tage en Kasket ned fra Väggen; Stolen vippede da, og i det han skrävede over Stoleryggen, styrtede han omkuld med Stolen og fik et stärkt Stöd i perineum af Stoleryggen; han märkede strax en häftig Smerte og Blödning fra urethra. I perineum fandtes hverken Sår, Svulst eller Dekoloration, fra orif. urethræ dryppede flydende Blod; ved Tryk på pars membranacea ömmede han sig en Del. Blären var ikke udspändt; der blev forsögt at indföre et elastisk Kateter; men det lykkedes ikke. Näste Dag var Blödningen ophört, Vandladningen var fri, men herunder fölte han Smerte. 5 Dage efter Indläggelsen kunde et almindeligt Metalkateter indbringes uden väsentlig Hindring; dette

skete ef Par Gange; men ved Udskrivningen syntes det at möde mere Modstand på Läsionsstedet.

8. Theodor Ludvig Eriksen, 36 År, Skomager, Læssösgade 15, 3dje Sal, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^{24}/_{11}$ 81, udskreves d. $^{13}/_{12}$ 81. Da Pat. i Formiddags vilde flytte en omtrent 280 ℔ vejende, kantet Järnstang, kom han ved at träde tilbage til at snuble over en Spand; han tabte herved Järnstangen, som faldt ned over den överste Del af femora og Symfysen; i det samme faldt han selv bagover og synes ved denne Lejlighed at have stödt perineum imod Spandens Kant. Strax fölte han kun ringe Smerter; men da han en Times Tid efter Uheldet vilde lade Vandet, var dette ham umuligt, hvorimod der fra urethra udflöd en ikke ringe Mängde sangvis. Da Urinträngslerne holdt sig, ligesom Uretroragien, sögte han Hospitalet; strax efter Indläggelsen kvitterede han omtr. et Vinglas fuldt blodblandet Urin; da Bläeren var betydelig udspilet, blev han om Aftenen kateteriseret med et almindeligt Sölvkateter, og herved udtömtes omtr. 2 Uringlas klar, ikke blodblandet Urin. I perineum var der nogen Ömhed bagtil, svarende til pars membranacea, men intet ellers.

Urinen blev nu tagen med Sölvkateter også den fölgende Dag; men d. $^{26}/_{11}$ tillodes det ham at urinere spontant. I Begyndelsen smertede det ham, senere ikke; han udtömte Bläeren komplet og fremböd, fraregnet noget blodigt Udflod fra urethra, intet abnormt; ved Udskrivningen d. $^{13}/_{12}$ var Vandladningen fri, Urinen klar, ingen Svulst i perineum.

Alle disse Tilfälde udmärke sig ved et Forlöb uden Suppuration; i 5 (3, 5, 6, 7, 8) af disse Tilfälde fandtes Uretroragi, i 4 (2, 3, 4, 6) fandtes en Svulst i perineum. I 5 af dem (2, 3, 5, 6, 8) fandtes Urinretention; men i de 4 (2, 5, 6, 8) heraf var dog Kateterisationen let; kun i det ene Tilfälde (N:r 3) og end videre i N:r 7 var Kateterisationen vanskelig.

Disse Tilfälde ere altså gåede godt; men dog finder man tydelig i Sygehistorierne, skönt ikke fremhävet i dem alle, at der allerede tidlig er kommet Symptomer på Strikturen.

Som *svære* Tilfälde af ruptura urethræ (foran lig. triang. urethræ) kunne fölgende 14 Sygehistorier opföres:

9. V. D., Blikkenslagersvend, 25 År, indkom på Frederiks Hospitals Afd. C. d. $^{26}/_{6}$ 60, udskreves d. $^{7}/_{8}$ 60. Var umiddelbart för Indläggelsen falden fra en 4—5 Alens Höjde overskrävs ned på et Plankevärk, blev siddende her et Öjeblik, men faldt så besvimet til Jorden. Der var strax kommet Blödning fra orif. ext. urethræ og en betydelig Smerte i perineum og scrotum; han var stärkt medtagen ved Ankomsten til Hospitalet; i perineum fandtes nogen Rödme og Udfyldning, men ingen egentlig Svulst; Ömheden er stärkest ved Tryk på pars membranacea og bulbosa; han er overdentlig ömfindtlig for

Beröring af perineum og scrotum, navnlig i dens höjre Halvdel og op langs med Funiklen; her findes en blöd, langagtig, meget ömfindtlig Svulst, og så vel testis som epididymis ere også noget svulne; men Konsistensen synes uforandret. Fra orificium urethræ fandtes en rigelig permanent Blödning; et indfört Kateter mödte Modstand ved Overgangen imellem pars membranacea og pars prostatica; men ved en ringe Sänkning og Drejning til Siden af Kateteret blev Hindringen overvunden, og Kateteret gled da let ind i Blären, der indeholdt 1 Pägl klar Urin. Rektalundersögelsen viste intet abnormt.

Blödningen fra urethra standsede näste Dag, men fremkaldtes jävnlig i de senere Dage ved Kateterisationen, som foretoges 2 Gange daglig med de nävnte Vanskeligheder, da han led af Retention. 5 Dage efter Indläggelsen kom der Symptomer på cystitis, og i perineum bemärkedes en ikke ubetydelig blöd Svulst; denne bredte sig, blev blödere, og ved Tryk herpå udtömtes pus gennem urethra; den blev da incideret d. $^{5}/_{7}$, og den indförte Finger trängte gennem Perinealfascien op på höjre Side af pars membranacea urethræ; derpå udtömtes al Urinen gennem Incisionsåbningen; men lidt efter lidt (d. $^{19}/_{7}$) begyndte Urinen at afgå den naturlige Vej, medens samtidig Forsögene på Kateterisation bleve vanskeligere og vanskeligere, så at der d. $^{11}/_{7}$ bemärkes, at Hindringen i perineum måtte forceres. Passagen gennem urethra viste sig allerede d. $^{22}/_{7}$ umulig for Bougier. Lige til Udskrivningen forsögtes Passagen flere Gange; men der kom ingen Bougi igennem, da der fandtes en absolut Modstand i den bageste Del af urethra. Han lod Urinen regelmässigt og i Stråle. Såret i perineum var helet inden Udskrivningen, som skete efter Patientens eget Önske.

10. P. N., 39 År, Arbejdsmand, indkom d. $^{3}/_{8}$ 62 på Frederiks Hospitals Afd. C. og udskreves d. $^{25}/_{9}$ 62. Ved at trille en Trillebör over et Brät, som var lagt over en Kule, faldt Pat. ½ Time för Indläggelsen herover og bibragte sig ved Brättet en Kontusion af perineum; derefter kunde han dog gå skrävende, men med mange Smerter, noget Blod viste sig i urethra, og da han forsögte at lade Vandet, kunde han det ikke. Perineum fandtes meget svullent og blåligt, ligesom også den bageste Del af scrotum. Blären syntes ikke videre udspändt; der indförtes forskellige Katetere og elastiske Bougier; men man formåede ikke dermed at nå ind i Blären. 3—4″ bag orif. urethræ mödte man den förste Hindring, den näste Hindring mödte man 6½″ bag orif. urethræ, som også lod sig passere; men så kunde Kateteret föres langt ind, i det dets Spids drejede sig noget til höjre. Ved exploratio rectalis kunde denne da föles när ved rectums Väg bag vesica. Forskellige Instrumenter forsögtes; men alle trängte ind i det samme cavum; dog syntes en enkelt, boutonneret Bougi at tränge helt ind i vesica. Under disse Forhold blev der strax gjort

Operation.

Et tykt Sölvkateter blev indbragt, og en Incision på 2″:s Längde blev lagt i perineum ind til Kateteret, hvorved der udflöd en Del störknet og flydende Blod fra et stort cavum, der var omgivet med

Blodinfiltration; et tykt, elastisk Kateter blev så fört gennem den bageste Del af urethra ind i Blären, hvorigennem der udtömtes nogen Urin, som ikke var blodblandet. Ved Undersögelsen af Såret syntes der at väre en stor Åbning i den nederste Väg af urethra; det kunde ikke med Sikkerhed afgöres, om den överste Uretralväg var rumperet eller kontinuerende. Hulheden, som indesluttede Blodansamlingen, strakte sig langt fortil i penis; det elastiske Kateter blev fastgjort i perineum. — Urinen afgik så godt gennem Kateteret; men da den også begyndte at afgå ved Siden af dette, fjärnedes Kateteret 3 Dage efter Operationen. Allerede 6 Dage efter Operationen afgik den störste Del af Urinen den naturlige Vej og nästen i Stråle; Såret i perineum trak sig hurtig sammen og var lägt 18 Dage efter Indläggelsen. Bougi N:r 19 förtes uden Hindring gennem hele urethras Längde. Nogle Dage efter kunde imidlertid kun N:r 15 passere, og derefter blev han udskreven.

11. A. A., 9 År, indkom d. $^{17}/_{7}$ 68 på Frederiks Hospitals Afd. C., döde d. $^{30}/_{7}$ 68. Da Patienten i Aftes vilde springe over en Kasse, faldt han og kom i Faldet at ride over Kanten af Kassen. Herefter kunde han löbe omkring uden Gene, ligesom han også i Nat og i Dag har befundet sig vel; siden Faldet har det ikke väret ham muligt at kvittere Urinen, uagtet hyppige Trängsler. Der fandtes en betydelig Svulst af hele perineum, Huden herover nästen sort; scrotum er også i sin bageste Del i ringe Grad ekkymotisk. Blären er spändt og når op midt imellem umbilicus og Symfysen. Et indfört Barnekateter frembringer strax en stärk Blödning, og der föltes tydelig en Ruptur i urethra; det lykkedes ikke at komme ind i vesica. 1 Time efter Indläggelsen blev der under Narkose forsögt at komme ind i Blären, dels med Katetere, dels med elastiske og Guttaperka-Bougier; intet Instrument kom ind i Blären; herunder betydelig Blödning fra urethra. Da Pat. endnu näste Morgen ikke havde kvitteret Urinen, blev der gjort

punctio vesicæ hypogastrica

med blivende Kanyle.

I Löbet af näste Dag tiltog Urinfiltrationen i perineum og scrotum, og under Kloroformnarkose blev der gjort dyb Incision her; et Kateter indbragtes derpå gennem urethra ind i Blären. Urinen afgik nu gennem disse forskellige Veje; men Uroplanien bredte sig op i regiones ingvinales, hvor de incideredes. Blärekanylen ombyttedes 5 Dage efter dens Anläggelse med et elastisk Kateter, som fjärnedes helt et Par Dage efter; han faldt mere og mere sammen og döde under peritonitiske Symptomer; siden Perinealincisionen havde han hele Tiden haft et Kateter à demeure i urethra.

12. R. P., Arbejdsmand, 37 År, indkom på Frederiks Hospitals Afd. C. d. $^{16}/_{7}$ 68, udskreves d. $^{7}/_{11}$ 68. 1 Time för Indläggelsen faldt Pat. fra en Höjde af 1½ Alen ned på et tomt Sukkerfad og kom til at ride overskrävs på Kanten af dette; han följte strax häftige

Smerter i perineum; og kunde ikke gå. Hele perineum fandtes at väre Sädet for en betydelig, temmelig hård Svulst, däkket af en spändt og blålig Hud; bagtil ender Svulsten ved anus, og fortil går den i ét med en gåseägstor Svulst, som indtager den bageste Halvdel af scrotum; omkring denne Blodudträdning findes en serös Infiltration; herover er også Huden spändt og blålig; det hele svulne Parti er overordentlig ömfindtligt for Tryk, testes ere ikke svulne eller ömme, derimod föles Venerne noget svulne langs venstre Funikel, og her ömmer han sig noget ved Beröring. Gennem orif. urethræ udflyder noget Blod; Urinen er sidste Gang ladt 1 Time för Läsionen. Kateteret indföres med Lethed indtil under arcus pubis, hvor det möder Modstand; gennem Kateteret udflyder rigeligt Blod. Der föltes ingen Fraktur af Bäkkenet; exploratio rectalis frembyder intet abnormt. Almenbefindendet ikke meget påvirket. — Retentionen holdt sig til näste Dags Morgen, og et almindeligt Kateter standsede foran lig. triangulare urethræ og fyldtes strax med Blod; med nogen Vanskelighed blev et boutonneret Kateter indbragt i Blären, hvorefter Pat. spontant kvitterede noget Urin, der var blodblandet. De 2 fölgende Dage kvitteredes Urinen spontant; men da der kom stärke febrilia, serös Infiltration i præputium og Perinealsvulsten blev större, blev der 4de Dag efter Indläggelsen under Kloroformnarkose gjort

Incision i perineum, som forlängedes op i raphe scroti; herigennem udflöd strax en betydelig Mängde Urin. Undersögelsen gennem Såret viste, at Rupturen af urethra lå lige foran lig. triang. urethræ og var omtr. ½″ lang; der indbragtes et elastisk Kateter à demeure; herigennem afgik Urinen godt, dog afgik der en Del Urin gennem Perinealincisionen; 4 Dage efter Indläggelsen blev Kateteret udtaget, renset og på ny indlagt, hvorefter der kom et stärkt Kuldeanfald. Af det senere Forlöb skal bemärkes, at Metalkateteret blev liggende omtr. 1 Måned og ombyttedes så med et elastisk Kateter; en stor Del af Urinen afgik dog gennem Perinealsåret. Kateteret måtte hyppig udtages og renses, da der kom en betydelig cystitis med fosfatiske Aflejringer på Kateteret. Uroplanien bredte sig hen på penis, hvor der måtte göres Incision; et stort Parti af scrotum gangränerede og udstödtes. End videre fik Pat. en betydelig arthroitis i det venstre Håndled, som nödvendiggjorde Anläggelsen af en Gibsbandage. Blären blev, da han ikke kunde tåle Kateteret à demeure, tömt og udskyllet med regelmässige Mellemrum; men allerede 5 Uger efter Operationen bemärkes det, at Kateteret möder Vanskelighed lige foran scrotum ved Indbringelsen; först omtrent ved samme Tidspunkt begyndte den spontane Urinering at komme mere i Gang, og ad den naturlige Vej udtömte han mere og mere Urin, imedens Perinealincisionen trak sig godt sammen, dog stadig tilladende en mindre Del af Urinen at passere; först omtr. 3½ Måned efter Operationen er Perinealfistlen lukket; men Vanskeligheden for Kateterets Indförelse er den samme, da der holder sig et forsnävret Parti af pars bulbosa, hvorigennem et Kateter kun besvärlig og smertefuldt passerer. Urinen lodes ved Udskrivningen spontant og temmelig let.

13. R. B., Tjänestekarl, 38 År, indkom d. $^{15}/_{3}$ 69 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{26}/_{4}$ 69. For en Måned siden fik Pat. et Spark i perineum, som strax efter svulmede op og smertede en Del under Gangen; Svulsten er langsomt tiltagen. Åbning og Vandladning have stadig väret normale. I Hjemmet er der anvendt Igler og epithemata. I perineum fandtes en Induration, der som en fingertyk tumor sträkker sig fra den bageste Del af scrotum hen imod anus, og synes her at nå ind til urethra; til höjre går den over i en Udfyldning, som findes i den nederste og inderste Del af höjre nates. Huden over dette svulne Parti er noget rödlig farvet; ingen Fluktuation. Gennem rectum föltes Svulsten at stöde op til dens forreste og höjre Sideväg; blev der under denne Exploration trykket i perineum, frembragtes enkelte Gange en gurglende Lyd. Et Par Dage efter Indläggelsen dannede der sig spontant en Åbning på det infiltrerede Parti på nates, og da Perinealsvulsten også gav en gargouillerende Fornemmelse, blev der gjort en Incision i perineum, med en Udlöber hen på Infiltrationen i nates; herved blev der åbnet en stor Absceshulhed, hvorfra en Del pus udtömtes; gennem Incisionens Bund kunde et gennem urethra indfört Kateter föles. Pat. kvitterede fremdeles Urinen spontant, og denne var den fölgende Dag blodblandet. Udfloddet gennem Incisionsåbningen var rigeligt og stinkende. Såret var i Granulation, da Pat. efter eget Önske forlod Hospitalet.

14. F. C., Formerlärling, 16 År, indkom d. $^{26}/_{5}$ 69 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreven d. $^{9}/_{8}$ 69. 1 Time för Indläggelsen faldt Pat. ned fra en Höjde af omtr. 4 Alen og kom derved til at ride over Kanten af et Brät; han fölte strax Smerter i perineum, navnlig ved at gå, og nästen öjeblikkelig dannede der sig en Svulst her. Han har urineret sidste Gang 2 Timer för Läsionen, og efter denne har han en stadig Urintrang, men kan dog ikke kvittere en eneste Dråbe Urin; derimod er der kommet et Par Dråber Blod gennem orif. ext. urethræ. I perineum fandtes en betydelig Svulst, som strakte sig fra anus fortil i scrotum, hvis bageste Halvdel er stärkt svullen; Svulsten er meget öm og giver en fluktuerende Fornemmelse; den däkkende Hud er normalt farvet, men meget spändt. Der findes ingen Tegn til Fraktur af Bäkkenet. Abdomen naturligt, klar Perkussion lige til Symfysen. Hverken med Metalkateter eller elastisk Kateter lykkedes det at komme gennem urethra; de bleve stående tät bag ved arcus pubis; kun Blod udtömtes gennem Instrumenterne. Under Kloroformnarkose blev der gjort Incision i perineum fra scrotum bagtil i Midtlinien; Hudsåret var en god Tomme langt, og ved at gennemskäre de underliggende Lag kom man ind i en Kavitet, hvori den nedre Ende af Kateteret föltes fuldständig blottet og frit kunde beväges til Siderne. Indgangen til den bageste Del af urethra kunde ikke findes med Kateteret; Såret måtte dilateres noget bagtil for at få fat på de blödende Arterier. Såret kavteriseredes med

Klorzink, et Rör indlagdes i Kaviteten, for at Urinen kunde komme ud herigennem. Först näste Dag afgik der nogen Urin gennem Perinealsåret, först i små Kvantiteter, senere i större og med Mellemrum; 6 Dage efter Indläggelsen blev der gjort et kortvarigt Forsög på at komme ind i Blären, dels fra perineum, dels fra orif. ext.; det lykkedes ikke; en Uge efter gjordes et lignende Forsög med samme negative Resultat. 16 Dage efter Operationen var Såret i perineum kun ½" i Bredden; al Urinen afgik herigennem. 3 Uger efter Operationen begyndte der spontant at afgå Urin den naturlige Vej; dog vedblev endnu en Uges Tid den störste Del at afgå gennem perineum; så aftog lidt efter lidt dette, i det der afgik mere og mere gennem orif. ext. 5 Uger efter Operationen lykkedes det förste Gang at få en Bougi gennem hele urethras Längde, i det den först förtes ud gennem Perinealsåret og derfra ind i den bageste Ende af urethra; den blev liggende i 4 Dage, og i den Tid kvitteredes Urinen dels gennem orif. ext., dels gennem perineum; nogle Dage senere lykkedes det at få et elastisk Kateter ind i Blären, hvorved der udtömtes en aldeles klar Urin; senere afgik Urinen udelukkende gennem orif. ext., og ved Udskrivningen kunde Bougi N:r 5 indföres let.

15. C. R., Fyrböder, 24 År, indkom d. $^{10}/_{7}$ 78 på Frederiks Hospitals Afd. C., udskreves d. $^{30}/_{8}$ 78. 12 Timer för Indläggelsen faldt Pat. ned på Kanten af en Tönde og ramtes i perineum. Han fik strax häftige Smerter, Uretroragi og gik til Sängs; efter Läsionen fik han stärke Urinträngsler, men kunde ikke lade Vandet; en tilkaldt Läge skal have, om end med Besvär, kateteriseret ham; herunder rigelig Uretroragi. Hele perineum fandtes stärkt mörkviolet dekoloreret, og Farven strakte sig bagtil symmetrisk på bägge Sider af anus, fortil over scrotum og radix penis. Scrotum er betydelig svullen, Huden dog rynket; Svulsten giver en blöd elastisk Fornemmelse, er ikke meget spändt; testes ikke ömme for Tryk; bag scrotum ömmer han sig meget i perineum, hvor Huden til höjre Side er mere röd og hed. Fra urethra udflyder ved Tryk en ret rigelig Mängde Blod. Vesica ikke udspändt. Et tykt Sölvkateter mödte i Egnen af pars membranacea nogen Modstand, og da der herved kom nogen Blödning, blev det udtaget. Almenbefindendet i det hele godt. Näste Dag vare Svulsten og Ekkymosen af scrotum og penis uforandrede, dog synes der at väre kommet nogen mere Infiltration af scrotums subkutane Bindeväv; i perineum var der en fluktuerende Infiltration og Fortykkelse omkring bulbus urethræ, og han ömmede sig her en Del. Urinen var ikke ladt siden Indläggelsen, og et indfört Sölvkateter N:r 18 kunde med stor Lethed indföres i Blären; nogle Blodkoagler i dette fjärnedes ved Udspröjning, og Urinen flöd da godt ud; det lodes liggende i 2 Dage, og et elastisk Kateter indlagdes i Steden for; Svulsten i perineum og scrotum var en Del tiltagen 5 Dage efter Indläggelsen, og da han et Par Dage havde febriciteret mere, blev der gjort et Skråsnit over den prominerende Svulst på den höjre Side af perineum i et Par

Tommers Längde, hvorved der blev udtömt en ret betydelig Mängde blodigfarvet pus; der blev også gjort en Incision på den höjre Side af scrotum, hvorved der udtömtes kun Blod; Sårene desinficeredes med Klorzink. Nogle Dage efter blev der åbnet en Pusansamling i den höjre Skrotalhalvdel. 4 Dage efter Operationen blev sonde à demeure seponeret, men optoges den fölgende Dag, da Kateterisation med det tykke Sölvkateter var vanskelig. 7 Dage efter Operationen blev sonde à demeure definitivt fjärnet (han havde altså i det hele ligget med den 12 Dage — jävnlig vare nye Rör blevne indlagte, da de macereredes); men da Urinen så under Urineringen trängte ud gennem Perinealincisionen og den i det hele taget blev vanskelig, blev der på ny indlagt en sonde à demeure; denne forblev nu på ny liggende 5 Dage (i alt altså 17 Dage); under den spontane Urinering gik nu en Del af Urinen ud gennem Perinealsåret, som imidlertid havde trukket sig godt sammen og var frisk granulerende. Såret i scrotum var tilhelet. 20 Dage efter Indläggelsen kunde det tykkeste N:r af LISTERs Bougier indföres gennem urethra uden Blödning, dog med Fornemmelse af, at det sprang over en Hindring; under Resten af Opholdet (51 Dage) indförtes jävnlig LISTERs tykkeste Bougi; Perinealfistlen var ganske helet ved Udskrivningen og Vandladningen fri.

16. R. L., 46 År, Formand, indkom på Frederiks Hospitals Afd. D. d. $^{26}/_{6}$ 79 og udskreves d. $^{10}/_{9}$ 79. Kort för Indläggelsen faldt Pat. ned gennem en meget snäver Elevator og kom til at ride overskrävs på en Järnstang med Benene hängende ned, således at de ikke kunde nå det nedenunder värende Bord i Elevatorapparatet. Da han befandt sig i Höjde med 3dje Sal, kom Apparatet i Uorden og gik ned. Det faldt ham strax ind, at han måtte passe på, at han ikke fik Järnstangens Slag op i perineum, og han flyttede sig derfor så meget, at han kom til at sidde mere på perineums höjre Side og kunde herved også nå Elevatorens Plade med Täerne på höjre Fod, men dog kun så let, at han ikke fik nogen rigtig Stötte deraf; under Farten stemmede han Albuerne og Händerne imod til Siderne af den snävre Kanal for om mulig at mindske Farten; han var ved sin Bevidsthed hele Tiden, kun et Öjeblik, ligesom han var kommen til Bunden, var han bevidstlös som en Fölge af Stödet; strax efter fik han Bevidstheden igen.

Midt i perineum, omtr. 1″ til höjre fra raphe, fandtes et omtr. 1 Cm. langt, noget gabende vulnus, der syntes at väre temmelig dybt, og her ud af flöd en rigelig Mängde flydende Blod. Randene ere skarpe; Partiet herom er meget ömt, men ikke särlig ved Tryk imod ossa pelvis noget Sted. Indenfor höjre spina ilei ant. sup. er der en udtalt emfysematös Knitren; men han ömmer sig ikke särlig ved Tryk på spina eller crista ilei. Nogle Timer efter Indläggelsen lykkedes det at få et Sölvkateter ind i Blären, efter at der först under temmelig stärk Uretroragi var gjort flere Forsög dels med et sådant, dels med forskellige Bougier. Kateteret blev liggende à demeure, den ud-

tömte Urin var klar. Den följgende Dag var Kateteret gledet ud, og et NÉLATONS Kateter (med Mandrin) blev indlagt og befästet; han lå nu inde med sonde à demeure i 9 Dage, dog var det meget vanskelig at holde det inde, da det hyppig blev skubbet ud; samtidig var Sekretionen fra Perinealsåret meget rigelig og vist nok urinös, og da Åbningen i perineum ikke syntes tilsträkkelig for Udfloddet og han fik stärkere Feberbevägelser, blev det dilateret 3 Dage efter Indläggelsen; herved märkede den indförte Finger en stor Hulhed, som strakte sig ud over hele perineum og i Dybden på höjre Side af denne; i Bunden af Hulheden fandtes et lille löst Benstykke af Störrelse som det halve af en phalanx; efter Kateterets Fjärnelse fik Pat. mere Ro for sine Blärerträngsler; men samtidig afgik der mere Urin gennem Perinealsåret, de närmeste Dage efter Fjärnelsen det meste. 13 Dage efter Indläggelsen begyndte der at afgå mere og mere Urin spontant gennem orif. ext.; men dog afgik der endnu i flere Uger en stor Del af Urinen gennem Perinealsåret; 8 Uger efter Indläggelsen lykkedes det efter flere Forsög at indföre en LISTERS Stålbougi $\frac{4}{8}$ gennem urethra, og denne Dilatation foretoges da hver 2—3dje Dag med så godt Resultat, at man snart avancerede op til $\frac{9}{12}$, ligesom at en elastisk Bougi N:r 22 kunde indföres uden Vanskelighed eller Smerte; samtidig blev Fistlen i perineum lukket, og ved Udskrivningen, efter omtr. 12 Ugers Hospitalsophold, kunde Urinen lades i god Stråle 3—400 Gm ad Gangen.

En let erysipelas omkring Perinealsåret komplicerede Sårforlöbet.

17. J. Fr. P., Skibskok, 18 År, indkom d. $^{13}/_{5}$ 80 på Frederiks Hospitals Afd. D., udskreves d. $^{8}/_{9}$ 80; om Pat. vides kun, at han skal väre falden på Kanten af en Kultönde; selv kan han ikke give nogen Oplysning, skönt han ellers er fuldkommen klar og fornuftig; han blev båren ind, da han ikke kan stötte på Extremiteterne. Han klager särlig over Smerter over Symfysen til venstre for Midtlinien og på et begränset Sted i reg. glutæa sin.; han ömmer sig stärkt ved Tryk på de nävnte to Steder, navnlig ved dybt Tryk ind imod ramus horiz. ossis pubis. Ved samtidigt Tryk indad på bägge spinæ ilei antt. får man på venstre Side en Fornemmelse af strepitus, uden bestemt at kunne föle, hvorfra den kommer; intet Sted Udfyldning eller Dekoloration. Fra urethra er der en ret betydelig Blödning, som foröges ved exploratio rectalis; denne viste en betydelig Ömhed af venstre Bäkkenhalvdel, ingen strepitus, men tvivlsom abnorm Mobilitet. Et tykt Sölvkateter mödte under Symfysen nogen Modstand, men kom ellers temmelig let ind i Blären og udtömte en ringe Mängde Urin. Der blev indlagt et NÉLATONS Kateter som sonde à demeure. De förste 12 Dage havde han noget höj Aftentemperatur, kun en enkelt Gang nåede den dog 40,2, i Reglen kun lidt over 39, Morgentemperaturen omkring 38; senere var Temperaturen normal. Urinmängden var de förste 4 Dage kun omtr. 500—800 Kcm., men nåede da senere den normale Kvantitet; imidlertid syntes dette at bero på, at en Del gik ved Siden af Kateteret ud gennem orif. ext. Der holdt

sig den förste Tid nogen Ömhed i perineum, men ingen synderlig Svulst her; der kom ingen Ekkymoser frem. Sonde à demeure blev anvendt de förste 18 Dage; et Forsög blev gjort den 10de Dag på at holde op med sonde à demeure; men Pat. fik höjere Aftentemperatur og kunde ikke selv kvittere Urinen, hvorfor det blev indlagt på ny. De förste Par Dage holdt der sig en ringe Uretroragi, som derefter standsede. Sonde à demeure fremkaldte nogen urethritis, og de sidste Dage af den Tid, han lå med Sonden, klagede han en Del over Smerter i urethra, og dette syntes at skyldes nogen Betändelse, vist nok omkring urethra, i det der kom et temmelig rigeligt Pusudflod fra urethra, som tydelig först kom frem, når Kateteret var trukket så langt frem, at det havde forladt Blären; Sonden blev også de sidste Dage af Opholdet inkrusteret på den bageste Del. Fra den 19de Dag kvitterede Pat. Urinen spontant, dog mod Slutningen med Smerter; disse tabte sig dog de närmeste Dage, og 17 Dage efter Kateterets Fjärnelse kvitterede han Urinen kun 3—4 Gange om Dagen med meget ringe Smerte; omtrent 2 Måneder efter Indläggelsen blev et Metalkateter N:r 16 fört gennem urethra under en Del Smerter, og omtr. 1 Uge efter begyndte man at indföre Listers Stålbougier, först N:r 6; 14 Dage senere kunde Listers Bougi N:r $\frac{7}{10}$ föres igennem, og i Löbet af nogle Uger havde han selv lärt at indföre N:r 17, hvormed han blev udskreven. Hospitalsopholdet var i det hele 107 Dage.

18. Kr. O., Arbejdsmand, 36¾ År, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^{19}/_{2}$ 68 og udskreves d. $^{20}/_{4}$ 68. I det Pat. nogle Timer för Indläggelsen bar en Säk op ad en Trappe, kom han til at glide ud med den höjre Fod og gled da ned ad Trappen, men kom dog ikke, som han antager, derved til at stöde Perinealregionen; ved Udglidningen af den höjre Underextremitet bemärkede han derimod, at noget ligesom sprang i Perinealregionen. I perineum dannede sig strax en lille Svulst, og da han kort derefter urinerede, blev Svulsten herved större; Urinen afgik da i fuld Stråle; da han derimod näste Gang urinerede, var Strålen mindre og Vandladningen langvarig.

Ved Indläggelsen havde han stärk Feber og havde haft gentagne Kuldegysninger. Hele Perinealregionen fandtes stärkt fremhvälvet, fra anus til Bagfladen af scrotum. Svulsten var smallere bagtil imod anus og tiltog i Bredde fortil; den däkkende Hud normal; Svulsten öm for Tryk, i Midten af Regionen var den dunkelt fluktuerende; särlig den höjre Halvdel af Regionen var mest svullen. Pat. led desuden af en Gonorré, som han har haft i längere Tid. Kateteret stödte bagved pars bulbosa på en let Forhindring, og herved fremkom en ubetydelig Blödning. Den fölgende Dag havde Svulsten bredt sig hen i hele scrotum, dog mest i dens höjre Halvdel. Der blev derfor gjort

Incision

i den höjre Perinealregion, i den höjre Del af scrotum og i septum scroti; herved udtömtes en Del pus. Svulsten faldt nu godt; men der syntes de förste Dage at väre sivet noget Urin ud gennem Insisionssårene. Kateterisationen blev fortsat de 10 förste Dage, men her-

efter seponeret; Incisionerne vare lägte 8 Uger efter Operationen, og da han udskreves, var också Gonorrén hävet.

19. A. S., 9 År, indkom d. $^{9}/_{1}$ 80 på Kommunehospitalets 1ste Afd. og udskreves d. $^{31}/_{1}$ 80. Omtr. 4 Timer för Indläggelsen, som skete om Morgenen, faldt Pat., der vilde stå op for at lade Vandet, over en Sängekant, således at han kom til at ride over samme. Strax herefter en häftig Smerte i perineum, og han kunde ikke lade Vandet. På Läsionsstedet opstod der strax en Svulst, som voxede ret hurtig i den förste Time, men som senere ikke skal väre voxet. Tenesmi urinarii have indfundet sig flere Gange inden Indläggelsen med udstrålende Smerter i glans; under disse Anfald har han kvitteret nogle Dråber Blod per urethram; 2—3 Timer efter Läsionen forsögte en Läge förgäves at indföre en Sölvkateter.

Ved Indläggelsen fandtes en fremhvälvet Svulst af perineum, som strakte sig fra anus ind i den bageste Halvdel af scrotum, Konsistensen noget elastisk; den var en Del öm for Tryk; over det bageste Parti lidt til höjre og parallelt med raphe perinei fandtes en stribeformet, ekkymotisk Dekoloration af Huden; exploratio rectalis viste intet abnormt. Vesica nåede omtr. $1\frac{1}{2}''$ op over Symfysen; man forsögte lämpelig med Bougier og Sölvkatetere at komme gennem urethra; men de standsede omtr. 4″ bag orif. urethræ, og herefter kom et Par Dråber Blod ud.

Kort efter Indläggelsen tog Svulsten noget til; under Kloroformnarkose försögte man först, men forgäves, at införe Katetere; derefter spaltedes perineum med et longitudinelt Snit lidt til venstre for raphe, over Svulstens mest prominerende Del, og der udtömtes herved en Del Blodkoagler, men ingen Urin. Nu kunde man med Lethed indföre et Metalkateter ad den naturlige Vej i Blären, og herved udtömtes en rigelig Mängde, ikke blodblandet Urin. Den gennem Incisionen indförte Finger kunde märke, at den nederste Flade af Kateteret var blottet i en Udsträkning af 1 Cm.

Efter Operationen befandt Pat. sig vel og udtömte de 2 förste Dage al Urinen gennem Såret i en kraftig Stråle. Såret så frisk ud; ingen flegmonöse Tilfälde. Den 3dje Dag kom der lidt Urin gennem orif. ext.; men samtidig standsede Afgangen gennem Perinealsåret, og Pat. fik en Kulderystelse med pöfölgende höj Temperatur; Perinealsåret fandtes da agglutineret og Blären meget spändt. Pat. blev på ny kloroformeret, og herunder blev det tidligere Metalkateter N:r 12 indfört og udtömte en stor Del klar Urin; Perinealsåret blev på ny åbnet med Fingren. Under det senere Forlöb afgik Urinen i större og större Kvantiteter gennem orif. ext., og 14 Dage efter Operationen var Perinealsåret lägt. 17 Dage efter Operationen blev elastisk Bougi N:r 10 indfört uden Vanskelighed, og inden Udskrivningen kunde N:r 12 indföres; Urinladningen var da fuldständig normal.

20. L. O., Arbejdsmand, 63 År, indkom på Kommunehospitalets 5te Afd. d. $^{24}/_{7}$ 80 og döde d. $^{28}/_{7}$ 80. Pat. faldt i Går Efter-

middags fra en Höjde af omtr. ½ Alen ned på en Järnbjälke, således at sammes skarpe Kant ramte ham i perineum; herved fik han en Del Smerte, men tabte dog ikke Bevidstheden og gik selv hjem. Da han vilde kvittere Urinen 1 Time efter, kunde han ikke, og han så, at scrotum og perineum vare blåsorte; Blod skal der ikke väre afgået gennem urethra. Til Hospitalet kom han i Dag Kl. 2. Der fandtes en symmetrisk, nästen sort Dekoloration af scrotum, penis og perineum, som strakte sig ned omkring anus og lidt op på nates, samt ned på den överste Del af Indsiden af bägge femora. Perineum var fremhvälvet og fluktuerende, uden solutio continui. Præputium snoede sig posthornformigt omkring glans. Vesica nåede nästen op til umbilicus; siden Läsionen havde han ikke ladt en Dråbe Urin, og han havde nu stärke Vandträngsler.

Der fandtes ingen Fraktur af Bäkkenet.

Et tykt Sölvkateter forsögtes indfört til Blären, men standsede omtrent midt i penis, og intet Blod kom, da det blev trukket tilbage. Et elastisk Kateter af mindre Kaliber kom lidt längere frem, og da en Stråle af ublandet sangvis stod ud gennem Pavillonen, blev også dette fjärnet og Digitalkompression anvendt på urethra, da Blödningen var så betydelig. Under Kloroformnarkose blev der gjort en Incision i raphe perinei; strax så man en Del mörke Koagler i selve bulbus, som fjärnedes lidt efter lidt. Et tykt Sölvkateter blev fört gennem urethra fra orif. ext. til under Symfysen, hvor det standsede og devierede med Spidsen til höjre; efter Fjärnelsen af Koaglerne opstod der en betydelig arteriel Blödning fra en större Arterie (art. bulbosa?) og flere mindre. Ved Péans-Pincetter lykkedes det at blive Herre over den; der blev så incideret til det indförte Kateter; urethra fandtes rumperet i pars bulbosa, og Spidsen af det indförte Kateter stod imellem Trabeklerne i bulbus; den överste Väg af urethra syntes at have holdt i ringe Udsträkning. I hvor vel sphincter vesicæ også under Kloroformnarkose vedblev at holde sig fast kontraheret og der altså ikke udflöd en eneste Dråbe Urin gennem den bageste Ende af urethra, fandtes Indgangen til denne dog temmelig let; et elastisk Kateter blev indfört fra perineum ind i vesica, og en betydelig Mängde fuldkommen klar Urin udtömtes herigennem. Et lidt svärere elastisk Kateter blev indfört fra orif. cutan. urethræ, först til perineum og herfra til vesica og lodes à demeure. Ved Forsög på at underbinde Arterier i Dybden af Perinealsåret gik Vävet gentagne Gange i Stykker. Blödningen blev på ny meget betydelig, og det var meget vanskeligt på ny at standse denne ved Péans-Pincetter, som lodes liggende. Efter Operationen var Patientens Kräfter meget medtagne, og Pulsen svag og lille; Udseendet anämisk. — Den fölgende Dag havde han rettet sig en Del, og Urinen var afgået godt igennem Kateteret; der kom nogen Blödning igen, da man forsögte at fjärne en Svamp, der havde ligget omkring Péans-Pincetterne, hvorfor der på ny blev tamponeret med Svamp; han havde nogen tremor som en Fölge af sin Alkoholisme. Näste Dag steg Temperaturen til 40°, han havde haft en Kuldery-stelse, han var noget uklar og meget svedende; Péans-Pincetterne og

Svampen fjärnedes, da de vare meget gennemtrukne af Urin, og Såret blev desinficeret; herved ingen Blödning; den påfölgende Dags Aften kom der spontant på ny Blödning, dels gennem Perinealsåret, dels ved Siden af Kateteret gennem orif. ext. Han var meget urolig, delirerende, og Tungen var tör; sclerotica ikterisk farvet; da Kateteret var meget macereret af Urinen, fjärnedes det; men strax efter dettes Udtagelse kom der en stärkere Blödning gennem Perinealsåret, som fordrede Tamponade heraf; i Blären blev der indlagt et Metalkateter; Uroen og Feberen vedblev også näste Dag; han rev Kateteret ud, hvorved der kom en Del Blödning; der blev derfor indlagt et Fruentimmerkateter gennem Perinealsåret ind i Blären og omgivet af en Tampon; opad Dagen kollaberede han og döde 4 Dage efter Indläggelsen.

Sektionsdiagnosen: anæmia (l. g.) renum c. affectione parenchym. partial.; ruptura partis bulb. et membr. urethræ; content. sangvin. vesicæ; anæmia corporum cavern. penis. — Af Sektionsfundet fremhäves: der fandtes en falsk Vej ned bagved den venstre Sidelap af prostata. I orif. intern. urethræ findes Slimhinden overfladisk afstödt og grönlig misfarvet; Rupturstedet findes i den nederste Del af pars bulbosa og pars membranacea, men överste Väg holder; på Rupturstedet er Slimhinden grönlig farvet og flotterer under Vandstrålen. Blären indeholder dels flydende, dels mörkt, koaguleret Blod; Slimhinden er blodimbiberet.

21. A. E. M., 8 År gammel, indkom på Kommunehospitalets 5te Afd. d. $^{14}/_{6}$ 77, udskr. d. $^{28}/_{8}$ 77. I Formiddags faldt Pat. ned ad en Trappe og törnede imod en Barnevogn; närmere Forklaring kan han ikke give.

Foruden de i Diagnosen nävnte Tilfälde findes på scrotum et uregelmässigt Lappesår, hvorigennem bägge testes, omgivne af tunica vaginalis, tränge sig frem; ved Forsög på Vandladning er der Udflod af lidt Blod. Da han ikke havde kvitteret Urinen til näste Dag og Blären var meget spändt, indförtes et Kateter; dette konstaterede, at urethra var vulnereret foran pars membranacea, hvorfra stärk Blödning; derfor Boutonnière i pars membranacea med Indförelse af blivende elastisk Kateter; ingen tydelig Bäkkenfraktur; den udtömte Urin var ganske klar; dette Kateter blev liggende i nogle Dage; men trods dette afgik Urinen gennem Perinealsåret, og da det blev fjärnet, også gennem Skrotalsåret, som delvis var voxet sammen ved Suturerne.

14 Dage efter Operationen afgik Urinen spontant og i Stråle gennem orif. ext.; men noget afgår dog gennem Skrotal- og Perinealsåret endnu; Kateteret har väret inde siden Operationen med kun enkelte Afbrydelser; omtrent 5 Uger efter Operationen var Skrotalsåret helet; men gennem den fistulöse Perinealåbning afgår der endnu Urin, skönt Strålen er kraftig, gennem orif. ext.

Omtr. 1 Måned efter den förste Operation indförtes under Kloroformnarkose et Sölvkateter N:r 12 i Blären; Passagen gennem det forreste vulnererede Parti var vanskelig, lettere gennem pars membranacea; efter at Kateteret havde väret noget inde, dilaterede den striktu-

rerende Cikatrice sig. Efter et Par Dages Forlöb udvidedes Strikturen endnu en Gang under Kloroform, hvilket denne Gang var lettere, og nu blev Strikturen herefter daglig blokket ud af Kateter N:r 12, og den sidste Tid af Hospitalsopholdet kunde N:r 14 indföres. Perinealsåret var lägt 8 Dage inden Udskrivningen.

22. P. l. I., Forvalter, 53 År, indkom på Kommunehospitalets 5te Afd. d. $^5/_8$ 80, udskr. d. $^2/_2$ 81. 2 Timer för Indläggelsen faldt Pat. 4—5 Alen ned i en Kälder og mener at väre kommen til at ride over en Bjälke. Han har ikke siden kunnet urinere spontant; i perineum, tät til venstre for raphe fandtes et gabende, 1 Cm. langt Sår, hvorfra der udflyder Blod, tilsyneladende blandet med Urin; også gennem urethra kan der udtrykkes Blod. Forsög på Indförelse af Kateter mislykkes, i det Spidsen går ud gennem Såret. Kateterisation fra Såret lykkes ikke heller; da Blödningen fremdeles var meget stärk, blev der gjort en longitudinel Incision i Midtlinien, som forenedes med Såret; det lykkedes herved med en Del Besvär at standse Blödningen ved Péans-Pincetter, men det lykkedes ikke at finde den centrale Ende af urethra. Såret blev desinficeret; Incisionen var gjort lagvis, og herunder fandtes Vävet i höj Grad blodinfiltreret. Urethra var komplet overreven og dilacereret i omtr. 1 Tommes Udsträkning i pars bulbosa og membr.; de 3 förste Dage befandt han sig vel, Temp. normal, og Urinen afgik godt gennem Såret, som havde et godt Udseende; men 3dje Dags Aften fik han en Temp. på 40°, og näste Dag var der nekrotiske, flotterende Tjavser i Såret; i Löbet af de näste 16 Dage rensede Såret sig, og herunder rettede Almenbefindendet sig godt; Temp. blev normal, og den ikteriske Farvning af scleroticæ, som var kommen, tabte sig. Der blev nu gjort et let Forsög på med Metalbougi at passere urethra; men den passerede ud i Såret, og det lykkedes ikke at finde den centrale Ende af urethra. Nogle Dage herefter kom der Gêner for Urinudtömmelsen, som hidtil havde väret fri, og han kunde kun kvittere små Kvantiteter ad Gangen under stärke tenesmi; da dette holdt sig, gjordes der 28 Dage efter Indläggelsen under Kloroform et Forsög på at finde den bageste Del af urethra; Perinealfascien blev spaltet i Midtlinien, og herefter kunde man se den bageste Åbning af urethras forreste Del, strax efter at den havde passeret lig. arcuatum; den anden Åbning lykkedes det ikke at finde, og en Del af pars bulbosa urethræ synes at väre gået tabt ved Gangrän; tillige har Ardannelsen Tendens til at träkke de dybe Dele i perineum over imod den venstre Side. Symptomerne på den partielle Retention holdt sig fremdeles, og da denne den näste Dag syntes at gå over i en komplet, og Blären nåede 3 Fingersbredder op under umbilicus, blev der gjort punctio vesicæ, efter at Huden og det overfladiske Lag over Symfysen var bleven incideret i linea media. Operationen blev foretaget med krum Trokar; der blev udtömt nästen et Uringlas klar Urin. På den indvendige Kanyle blev der befästet et längere Dränrör, som blev lukket med en Charrières Klemmepincet. 4 Dage senere blev der indlagt Dittels

elastiske, boutonnerede Kateter gennem Fistlen ind i Blären; Almenbefindendet har hele Tiden väret godt, Urinen sur, ingen Reaktion omkring Stikåbningen. 1 Uge efter Blärepunkturen blev der indfört et böjet Metalkateter N:r 12 gennem Blärefistlen over Symfysen ud gennem pars prostatica og membranacea; Spidsen föltes herefter gennem Perinealsåret, men däkket af en Cikatrice, der blev åbnet med Kniv; derefter blev et blödt Kateter fört gennem penis, og efter at den forreste Munding på det bageste Stykke af urethra var bleven fixeret med Trådslynger, kunde dette föres ind i Blären, alt eftersom Metalbougien blev trukket tilbage; Afstanden imellem de 2 Dele af urethra skönnedes at väre omtr. ½″, og bulbus urethræ var gået tabt. Den bageste Åbning på forreste Del af urethra lå tät oppe under arcus; den bageste Åbning synes närmest at väre funden i selve den oprindelige pars bulbosa. Det elastiske Kateter, der lå i Punkturåbningen over Symfysen, blev udtaget, og Fistelåbningen blev däkket af en Oljelap.

De 2 fölgende Dage skiftedes Kateteret, og det lykkedes uden Vanskelighed at indbringe N:r 13½ gennem hele urethras Längde; han havde herefter et Par Kuldegysninger af mindre Intensitet. Imidlertid gik der igen mere og mere Urin gennem Perinealsåret, efter at Kateter à demeure var fjärnet, Kanalen blev holdt passabel ved at indföre Metalbougier gennem Perinealsåret, men först 1 Måned efter den sidste Operation kom der Urin spontant ud gennem orif. ext. urethræ, og dette tiltog så meget, at han kunde kvittere indtil 1 Pägl på denne Måde; det lykkedes flere Gange at indföre et Kateter gennem hele urethras Längde ind i Blåren, men herefter kom der hver Gang Kuldeystelser.

Omtrent 6 Uger efter den sidste Operation blev under Kloroformnarkose foretaget en Spaltning af den Cikatrice, som hindrede Kateterets Svingning, og derpå förtes gennem Perinealsåret en Kateterleder (LARSENS) ind i Blären, og herpå lykkedes det at indföre et blödt Kateter gennem hele urethras Längde ind i Blären; ingen af Uretralenderne viste sig forsnävrede. Kateteret blev liggende à demeure i flere Dage og fjärnedes da; herefter afgik Urinen igen gennem Perinealsåret; men 1 Uge efter begyndte der igen at komme mere Urin ud gennem orif. ext. under Vandladningen. Imidlertid blev denne Stråle tyndere og tyndere, og der blev derfor 7 Uger efter den sidste Operation gjort urethrotomia ext. (Maisonneuve). Konduktor blev indfört på LARSENS Kateterleder, der var indfört gennem Perinealfistlen, og Kateter N:r 12 blev indlagt à demeure. Han fik herefter en stärk Uretralfeber, og trods det indlagte Kateter afgik den störste Del af Urinen gennem Perinealfistlen.

3 Dage efter Operationen blev Kateteret fjärnet, og et Prostatakateter N:r 17 blev indlagt à demeure.

Urinen afgik nu herigennem, men da det havde ligget i 2 Dage, gled det ud og kunde ikke föres ind igen; han fik imidlertid en höjresidig epididymitis; men Vandladningen gennem penis var friere end

för, og han kunde på én Gang lade 200 Gm ad Gangen. Omkring Epididymiten kom en suppurativ vaginalitis, som blev inciderct med Pusudflod; Perinealfistlen trak sig nu rask sammen og var ganske lägt ved Udskrivningen (½ År efter Indläggelsen), og Bougi N:r 15 havde ladet sig indföre i längere Tid.

Af disse 14, som alle frembyde meget karakteristiske og lärerige Symptomer, döde 2; den ene (N:r 11) af Uroplanien, den anden (N:r 20) af Fölgerne af den voldsomme Blödning i Forbindelse med Alkoholismen.

Som et särligt Tilfälde må fölgende Sygehistorie opfattes:

23. P. R., Arbejdsmand, 59 År, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^{12}/_{7}$ 69 og döde d. $^{16}/_{7}$ 69. Da Pat. i Dag stod på en Stol for at slå nogle Skilderier op på Väggen, fik han Overbalance og faldt ned således, at han kom til at ride over Kanten af Stoleryggen, hvorved han strax fölte häftige Smerter i perineum, fik Urinträngsler og Uretroragi. Ved Indläggelsen fandtes der ikke nogen Svulst i perineum, derimod megen Ömhed her, og i Uretralmundingen fandtes noget Blod; et almindelig Metalkateter kunde uden Vanskelighed indföres i Blären; men da det tilstoppedes af Blodkoagler, måtte det udtages, på ny indföres, og da först kom der blodblandet Urin og senere klar Urin. Senere på Indläggelsesdagen kvitterede Pat. spontant, men uden Tilladelse Urinen og fik herved henad Aftenen stärk Kulderystelse med en sövnlös Nat; da han senere hen på Natten fik stärkere Trängsler, indförtes Kateteret, men mödte herunder Vanskelighed; den påfölgende Dag kunde imidlertid Kateteret indföres uden Vanskelighed. Ved exploratio rectalis föltes ingen Svulst eller andet abnormt i Bäkkenet. Efter den stärkt febrile, sövnlöse Nat henfaldt han i en dösig Tilstand med kölige Extremiteter; Opkastninger; Underlivet var blödt, men ömt overalt, navnlig ved Tryk over Symfysen, og denne kollaberede Tilstand med frekvent, näppe fölelig Puls holdt sig til Döden; Kateteret indförtes daglig; men som Regel kom der ingen Urin ud, da Blären var tom, ligesom også Perkussionen over Symfysen var klar. Exploratio rectalis blev foretagen gentagne Gange; men herved föltes intet abnormt. — Ingen Sektion.

Skönt der ikke foreligger Sektion, må man dog närmest her tänke på en Ruptur af pars membranacea: 1) der var ingen Perinealsvulst; 2) kun ringe Uretroragi; 3) Blodkoagler i Blären; 4) först da Pat. uden Tilladelse kvitterer Urinen, får han Kulderystelse og Tegn på Uroplani — ömt Underliv, navnlig over Symfysen; 5) den tomme Bläre; 6) man kunde ikke, trods den omhyggelige Undersögelse, konstatere nogen udvendig Svulst eller Uroplani.

Alle disse Momenter göre det sandsynligt. at Uroplanien her har fundet Sted i den överste Loge. Lejlighedsårsagen

var her imidlertid ikke usädvanligere end i de andre Tilfälde; men Slaget i perineum har dog kunnet frembringe Rupturen i pars membranacea.

Til de alvorligere Former af Uretralrupturer må end videre fölgende 6 Tilfälde af Bäkkenfrakturer med Rupturer af pars membranacea henregnes.

24. A. S., 28 År, Sporvognskonduktör, indkom på Frederiks Hospitals Afd. C. d. $^{27}/_{2}$ 69, döde d. $^{14}/_{3}$ 69. Umiddelbart för Indläggelsen blev Pat. klemt imellem en Sporvogn og et Trä, hvorved han stod, i det Kudsken uden Varsel satte Vognen i Gang; han rulledes herved en Gang om sin egen Längdeaxe. Ved Indläggelsen konstateredes der en Fraktur af den höjre clavicula. Han ömmede sig stärkt ved Tryk på ramus horizont. ossis pubis, navnlig det höjre; her findes dog ingen tydelig Fraktur; mest ömmede han sig imidlertid selv ved ringe Tryk omtrent ved Sammenstödet imellem ramus descendens pubis og ramus ascendens ossis ischii sin., hvor der ved en lämpelig Undersögelse hverken föles strepitus, Mobilitet eller Deviation. Ossa ilei og os sacrum ere indolente for Tryk. Integumenterne frembyde intet abnormt; fra urethra var der nogen Blödning; et tykt Kateter passerer med Lethed, til det kommer lige under Symfysen, hvor det möder en let Ujävnhed, som dog lader sig passere; men strax efter mödes en ny Modstand, som det synes, udenfor urethras lumen; udtaget, findes i Kateteret en Del flydende Blod. Der forsögtes derpå et tykt Kateter med stärk Krumning, og dette gled let ind i Blären; der udtömtes herved omtr. 1½ Pägl aldeles klar og lys Urin. I 5 Dage blev nu Kateterisation fortsat med Sölvkateteret ad necessitatem, og derefter blev der indlagt et elastisk Kateter à demeure; dette blev nu inde et Par Dage, hvorefter den spontane Urinering begyndte. Kateteret synes fjärnet, da der kom en stärk cystitis. Der var imidlertid kommen mere Ömhed og flegmonös Svulst i venstre reg. ingv., sträkkende sig hen over Symfysen, og da Forholdene undersögtes noget närmere, viste det sig, at en i rectum indfört Finger umiddelbart under Slimhinden följte den devierede Kateterspids; samtidig udtömtes gennem Kateteret en stor Mängde stinkende Urin, som lå i Cellevävet omkring vesica; da der altså nu var konstateret en dyb Uroplani, gjordes under Kloroformnarkose 9 Dage efter Läsionen

Längdesnit

i Midten af perineum, hvorigennem man arbejdede sig ind imod et indfört Kateter. Fingren trängte ind i en Hulhed, der lå bagved pars membranacea og collum vesicæ; til venstre föltes de spidse Benfragmina af ramus descend. ossis pubis og ascend. os. ischii; Hulheden indeholdt en meget betydelig Mängde Urin. I Blären blev der indlagt et elastisk Kateter, og i den store Kavitet et Dränrör, som förtes 4″ opad og bagtil. Blödningen ved Operationen var kun ringe. Urinen udtömtes nu godt gennem det indlagte Kateter; men dog synes der også at väre afgået en större Mängde gennem perineum; imidlertid synes Pusaflöbet gennem Perinealincisionen at have väret noget ufuld-

ständig, og derfor blev der 4 Dage efter under Narkose gjort en ny Undersögelse af Perinealsåret; den indförte Finger trängte op på den indvendige Side af venstre os ischii, op til Frakturen, som lå badet i pus, og Suppurationen fandtes at sträkke sig op ad angulus infra pubem. Ved at undersöge Forholdene med Hensyn til urethra fandt man, at denne er fuldständig åbentstående og udmundende i Absceshulheden fra Stedet bag scrotum og til prostata, så at der ikke mere kunde föles noget af urethra. Herefter afgik Urinen nu kun gennem perineum, han febriciterede stärkt og döde i en soporös Tilstand 15 Dage efter Indläggelsen.

Sektionen meddeler, at urethra fandtes åbnet i en Sträkning af omtr. 1½″. Frakturen fandtes at väre sket gennem ramus horiz. oss. pubis, hvoraf der fandtes en Mängde små fragmina, der bare Spor af Nekrose og vare pusinfiltrerede; disse lå frit ind imod den perineale Kavitet, som desforuden kommunicerede med en subperitoneal Absces, som strakte sig op bag Skeden af m. rect. abdom. i en Höjde af 4″ på Bagfladen af den forreste Abdominalväg. Blären var intakt og indeholdt en Del stärkt ammoniakalsk lugtende Urin. Ingen peritonitis.

25. Chr. H., Sömand, 21 År, indkom d. $^{8}/_{8}$ 79 på Frederiks Hospitals Afd. D., udskr. d. $^{16}/_{9}$ 79. Pat. faldt i Dag ned fra Masten på Däkket og var bevidstlös indtil kort för Indläggelsen. Foruden et vuln. contus. capitis og en fractura radii fremböd han fölgende Symptomer. Höjre Underextremitet holdtes abduceret og noget udad roteret, samt lidt flekteret i artic. genus; aktivt kan han kun foretage en ringe Adduktion af femur og Extension af crus; passive Bevägelser ere tilladte i ringe Udsträkning i alle Retninger, og han ömmer sig meget herunder i art. coxæ. Han blev undersögt närmere i Kloroformnarkose, og herved fandtes en Del Svulst i höjre reg. ingvinalis, stärkest i Närheden af Symfysen, og ligeledes i reg. glutæa dextra; den havde en elastisk Konsistens uden tydelig Fluktuation. Passive Bevägelser af Extremiteten ere tilladte i alle Retninger, omtrent i normal Udsträkning; af femur föles ingen Fraktur. Ved Tryk af en Finger i den höjre Side af perineum ömmer han sig meget under Slutningen af Narkosen; her föles en lille tvärlöbende Fordybning, svarende omtrent til Sammenstödet imellem ramus descendens ossis pubis og ascendens ossis ischii; der föles tydelig Mobilitet og strepitus. Ingen Ekkymose. Fra urethra fandtes en ganske ringe Udsivning af Blod. Urineringen var spontan derefter; men omtr. 8 Dage holdt der sig lidt Blodafgang fra urethra under Begyndelsen af Vandladningen; dette tabte sig, og han blev udskreven som rask.

26. A., Fyrböder, 23 År, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^{26}/_{4}$ 71 og döde strax efter Indläggelsen. 1 Time för Indläggelsen var Pat., som arbejdede i en Fabrik, bleven greben af et stort Svinghjul og fört rundt med dette, så at han blev kväsket mellem selve Hjulet og den omgivende Kasse og derefter slynget ud på Gulvet. Han indkom i en bevidstlös, kollaberet Tilstand med en

Mängde Läsioner, hvoraf her skal fremhäves: man så en betydelig Hävelse over Symfysen, som omtrent svarede til Udseendet af en fyldt Bläre; langs urethra, navnlig imod glans, blålige Ekkymoser og Bläredannelse. Sektionen påviste, at pars membranacea var sprängt, Väggen imellem rectum og urethra sönderrevet, og en betydelig Blödning i de omgivende Blöddele. I scrotums Bindeväv var der Emfysem. Blären var uskadt. Symphysis ossis pubis var fuldständig lösnet, så at bägge Benender vare aldeles mobile; en lignende Lösning fandtes i synchondrosis sacro-iliaca sin.

27. Fract. ossium pelvis et costar.; luxatio symph. pubis. Hæmorrhagia meningea cerebri et medullæ spinal. Contusio cerebri c. hæmorrhagia.

C. G., 48 År, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^9/_5$ 73, † d. $^{11}/_5$ 73, var fundet i en bevidstlös Tilstand efter at väre falden ned fra en Höjde af omtr. 12 Alen; han fremböd Symptomerne på de ovenfor skildrede Läsioner; der var Retention ved Indläggelsen, men Kateteret indbragtes let.

I reg. hypogastrica og derfra sträkkende sig ned i scrotum, hovedsagentlig holdende sig til dennes höjre Side, fandtes en betydelig Svulst og ekkymotisk Farvning af Huden. Han ömmede sig temmelig betydeligt ved Tryk på Bäkkenet i Sideretning, og gennem de betydelig svulne Blöddele fandtes der en Fraktur gennem höjre Halvdel af ramus horiz. ossis pubis eller måske en Lösning gennem Symfysen, således at det höjre fragmen er sunket betydelig tilbage, og man kan föle enkelte spidsere Partier af det prominerende venstre fragmen; der konstateres også abnorm Mobilitet. Ingen Uroplani; Blären var tom; han döde under tiltagende Kollaps.

Af Sektionen fremhäves: Blären sund; i det löse Bindeväv omkring denne findes Infiltration af Blod fra en Fraktur af os pubis, på Midten af dettes ramus horiz.; Frakturen går på tvärs, og Benene holdes nogenlunde i situs, dels ved Gaffelformen af det udvendige fragmen, dels ved Blöddelene. 5 Cm. nedenfor Symfysen er ramus descend. ossis pubis bräkket skråt ovenfra nedadtil og indadtil, og der findes her flere Bensplinter på Frakturen; symphysis ossis pubis er sprängt fra hinanden og fjärnet omtr. 3—4 Cm. Så vel på For- som på Bagfladen findes flere Ekkymoser, der sträkke sig langt op i rectus abdominis. Hele den höjre Bäkkenhalvdel er löst bevägelig, i det der findes en Fraktur gennem 1ste Sakralhvirvels store processus transversus.

28. A. I., 16 År, indkom d. $^{25}/_5$ 73 på Kommunehospitalets 1ste Afd., döde 5 Timer efter Indläggelsen. Sektionsdiagnosen var: fractura pelvis — costarum, claviculæ — ruptura pulmonis dextri c. hæmorrhagia pleuræ — ruptura urethræ — contusiones variæ et hæmorrhagia cavitatum tympani.

Han var bleven overkört af en Bärmevogn; indkom i maribund Tilstand; der var Blödning fra urethra; over det höjre os pubis fandtes en spändt Svulst med tympanitisk Perkussion.

Sektion: I det subperitoneale Bindeväv i det lille Bäkken, især på Forfladen, findes udbredte Ekkymoser, altså om prostata, Blären og rectum; de sträkke sig hen i det store Bäkken på höjre Side, hvor de gå lidt op på forreste Bugväg til op imellem Symfysen og Navlen. I det Organerne fra det lille Bäkken udtoges, ses foran vesica et stort Blodextravasat og splintret Fraktur af höjre ramus horizontalis ossis pubis, samt ramus descendens pubis og ramus ascendens ossis ischii; der findes end videre bagtil Overrivning af Båndene foran Symfysen (sacro-iliaca) og her tillige Blödning i Omfanget under psoas. På venstre Side findes ligeledes i Egnen omkring symphysis sacro-iliaca Bloduduträdning og Löshed i Sammenföjningen samt Lösning af Periost på den tilgränsende Del af os ilei. Fra det afbräkkede os pubis ragé flere skarpe, uregelmässig takkede fragmina ind imod Blären. I Blären findes ingen Urin og intet Blod, Slimhinden naturlig. Omkring pars bulbosa urethræ findes Ekkymoser, og i pars membranacea findes en Ruptur umiddelbart nedenfor den sönderbrudte ram. descendens pubis.

29. G. I., 40 År, Arbejdsmand, indkom på Kommunehospitalets 1ste Afd. d. $^9/_6$ 73 og döde d. $^7/_7$ 73. Pat. blev i Dag kastet omkuld, i det han skulde hjälpe til at få en Möllevingeaxel ned af en Vogn. Han faldt på Siden, og Axlen faldt med hele sin Vägt ovenpå hans Bäkken, som blev komprimeret fra Side til Side; herunder fölte han häftige Smerter og kunde ikke rejse sig eller stötte på Benene. I Ryglejet holdt han Underextremiteterne i Abduktionsstilling og noget flekterede; enhver Bevägelse voldte ham Smerte i Egnen af os sacrum og os pubis. Over Symfysen, i scrotum og i perineum sås og föltes en blålig, fluktuerende Svulst. Venstre ramus horizontalis ossis pubis kunde föles, men höjre derimod ikke. Ved Kateterisationen udflöd kun en ringe Mängde rent Blod, skönt Kateteret uden Modstand indförtes nästen i hele sin Längde; han blev derfor undersögt närmere under Kloroform, og der konstateredes herved en Ruptur af urethra på den höjre Side, i det man ved at holde Kateteret imod urethras venstre Väg kunde komme ind i Blären, hvorefter der udtömtes lidt blodblandet Urin. Kateteret blev liggende i Blären og fixeredes her. Efter 3 Dages Forlöb forsögte man at fjärne Kateteret; men det måtte på ny indlägges, da han fik megen Skären ved Urineringen og Svulsten i scrotum og perineum tiltog; der indlagdes så et tyndt elastisk Kateter, som blev liggende i 2 Dage; efter dettes Fjärnelse kunde han selv kvittere Urinen i rigelig Mängde, men fik samme Eftermiddag en stärk Kulderystelse med påfölgende Hede og Sved. 2 Dage senere kom der komplet Retention, og Kateteret måtte nu på ny indföres, hvorved der först udtömtes noget pus, inden den klare Urin kom; samtidig tiltog Perinealsvulsten og fremböd tydelig Fluktuation (9 Dage efter Läsionen), så vel i raphe perinei som bagtil i den höjre Skrotalhalvdel; der blev derfor gjort Incision med Udtömmelse af blodblandet, urinöst pus, og Fingren kunde föres ind i en stor Hulhed, der förte hen til arcus pubis og ind herunder; herfra udtömtes en stor Del stinkende pus; der föltes hverken Fraktur eller Denudation. Rupturstedet kunde ikke föles gennem Såret. Et elastisk Kateter blev indlagt à

demeure; kort efter Incisionen begyndte Urinen at afgå i rigelig Mängde gennem Såret, hvorfor Kateteret blev fjärnet.

Af det senere Forlöb kan bemärkes, at Urinen siden nästen udelukkende gik igennem Perinealsåret; der var en betydelig gangränös Suppuration gennem Såret, og der dannede sig en subkutan Sänkning langs Indsiden af det höjre Lår; han faldt nu mere og mere sammen og döde Månedsdagen efter Indläggelsen.

Af Sektionen fremhäves: I hele det lille Bäkken, samt i bägge fossæ iliacæ findes store Blodudträdninger under peritoneum. Symfysen tillige med bägge rami horizontales af de 2 ossa pubis danne et löst fragmen, der ved höjst uregelmässige Linier er sprängt lös fra Nabodelene. Partiet omkring Frakturstedet er forvandlet til en uregelmässig gangränös Absceshulhed, der indeholder en Blanding af misfarvet pus og Koagler. Ved radix penis på den forreste Flade af symphysis pubis findes en lille Absceshulhed, der gennem det sönderrevne lig. arcuatum står i Forbindelse med den anden Absces. På dette Parti, navnlig pars membranacea, er urethra sönderrevet i en Udsträkning af 3 Cm., således at den överste Väg mangler, i det den sidder fast på det omtalte fragmen ved Hjälp af lig. arcuatum, medens den nederste Väg fortsätter sig over i pars prostatica. Omkring Blärens Forflade og Sider ligger den ovenfor omtalte Absces. I Blären findes 25 Gm uklar, rödgrå Urin, og Slimhinden er pletvis misfarvet og belagt med grålige Inkrustationer af Grus. Hele det sönderrevne Parti af Uretralslimhinden, hvor denne ligger ind i Absceshulheden, er grålig misfarvet, difteritisk infiltreret med fint Grus.

Kun N:r 25 er et lettere Tilfälde, de andre meget alvorlige, dödelige Tilfälde; N:r 26 og N:r 27 ere smukke Exempler på Disjunktioner i symphysis pubis.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om nervtryckning.

Af

med. D:r ANDERS WIDE
i Stockholm.

Nervtryckning såsom terapevtiskt medel omtalas sparsamt i den gymnastiska literaturen [1]) men har begagnats ända sedan P. H. Lings tid af svenska sjukgymnaster. Oftast har man därmed afsett att vinna en allmänt stärkande och lifvande verkan, så till exempel i form af arm-, ben- och ryggnervtryckning vid sådana sjukdomar som kloros, hysteri; mera sällan har nervtryckning begagnats i lokala sjukdomar, såsom periferisk förlamning, nevralgi. I den medicinska literaturen angifvas vanligen de af Valleix vid nevralgier påvisade tryckpunkterna, i hvilka framkallas smärta vid tryck, hvarjämte äfven omtalas, att starkt tryck å dessa punkter någon gång häfver smärtan; men nervtryckning omtalas, för så vidt jag kunnat finna, såsom terapevtiskt medel endast af helt få författare [2]). Ingenstädes finnes närmare angifvet, hvarest utefter nervens förlopp, på hvilket sätt, eller under huru lång tid trycket å nerven bör utöfvas. I några sjukdomsfall har jag, då annan behandling ej lemnadt önskadt resultat, begagnat nervtryckning, och skall så noggrant som möjligt beskrifva

[1]) T. J. Hartelius: Lärobok i sjukgymnastik, 2:dra uppl. Stockholm 1883. Nervtryckningen egnas i detta arbete ej något särskildt kapitel, utan beskrifves tillsammans med all annan gymnastisk tryckning.

[2]) G. Cederschjöld: Om de mekaniska nervretningarnas praktiska betydelse. Upsala läkareförenings förhandl., bd 15. Upsala 1880.
S. E. Henschen: Studier öfver hufvudets neuralgier. Upsala 1881.
P. J. Moebius: Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten. Leipzig 1886.

tillvägagåendet därvid, då jag tror, att nervtryckning förut ej blifvit på detta sätt använd, hvarförutom jag vill tillmäta denna behandlingsmetod, rationelt utförd, större betydelse, än man förut gjort.

1. *Pronations- och supinationstremor i båda öfre extremiteterna* hos en 20-årig flicka, E. E. från Norrby socken af Vestmanland. Hon behandlades under hösten 1884 och hennes sjukdomshistoria är följande. Hon tillhör en familj, inom hvilken sjukdomar uti nervsystemet, efter hvad kändt är, ej funnits. Hon hade lindrig skarlakansfeber vid 10 år, ej åtföljd af förlamning eller annan sjukdom. Hon känner sig i alla afseenden frisk och är starkt utvecklad, ej hysterisk, men har alltid mycket lätt blifvit skrämd.

Under våren 1883 började lindriga ryckningar i högra handens fingrar, yttrande sig såsom hastig böjning och sträckning. Under första veckan af augusti 1883 hade hon ytterst strängt arbete med bakning, tvätt och dylikt, hvarefter ryckningarna d. 9 aug. började blifva starkare och kommo till verkligt utbrott d. 10 aug., då högra armen häftigt ryckte och slogs åt ömse sidor. Tillståndet förvärrades ytterligare natten mot d. 11 aug., då ryckningar äfven uppträdde i högra foten. Hon hade sedan ytterst våldsamma ryckningar oafbrutet under ett dygn, hvarunder högra armen slogs så häftigt mot kroppen och närstående föremål, att den blef »hudlös». Någon värk eller smärta kändes ej i armen. Tillkallad läkare »söfde» patienten, hvarefter ryckningarna upphörde. Hon sof ett helt dygn, kände sig vid uppvaknandet mycket sjuk och erfor en känsla af att hela kroppen var upplöst. Genast vid uppvaknandet återkommo ryckningarna i höger arm och fot, dock ej så starka som under föregående dagar. Hon sökte flere läkare och erhöll riklig medikamentös behandling under hela återstående delen af år 1883, utan att tillståndet i minsta mon förbättrades, tvärtom tillkommo under denna tid ryckningar äfven i vänstra handen. Under sömn hafva ryckningar aldrig förefunnits, och patienten har i vaket tillstånd ej haft någon annan förnimmelse af deras tillvaro, än den hon erhållit genom att betrakta sina extremiteter. D. $^{28}/_{12}$ 1883 började elektricitetsbehandling, som fortgick under fem veckors tid, hvarunder förbättring så till vida inträdde, att ryckningarna alldeles upphörde i vänstra armen och högra foten samt blefvo något lindrigare i högra armen. Småningom afstannade de äfven i den nästan fullständigt, så att, då patienten var alldeles stilla, kunde inga ryckningar märkas, men började å nyo, så snart hon ville utföra den allra minsta rörelse.

Detta tillstånd hade fortfarit omkring två månader, då hon i april 1884 blef häftigt skrämd genom att en stor sten utifrån kastades mot väggen af det rum, där hon sof, hvarefter ryckningarna återigen blefvo ständigt ihållande i högra armen och handen. Ryckningarna hade ända hittils tett sig under de för chorea vanliga formerna [1]), men de för-

[1]) Enligt uppgift af D:r A. KINDESTRÖM, som behandlat pat. med elektricitet och för öfrigt vid denna tid mest af alla iakttog henne.

ändrade sig från detta tillfälle, så att *högra handen och underarmen ständigt vredos i tämligen stora och mycket hastiga pronations- och supinationsrörelser.* Efter behandling med elektricitet under två veckors tid blefvo ryckningarna åter mycket svaga, knappast märkbara, men de funnos dock och framträdde fullt tydligt endast vid lyftande af föremål eller annan större ansträngning. Hon kunde under kortare stunder sy, virka och utföra andra lättare arbeten, utan att några svårare ryckningar instälde sig, och hennes tillstånd var äfven i öfrigt relatift godt, då hon genom en olycklig tillfällighet ännu en gång försämrades. Hon reste d. $^{10}/_{6}$ 1884 till Sätra Brunn, då hästarna skenade, åkdonet stjälpte, ett hjul gick öfver hennes far, så att han svårt skadades. Uteslutande genom den häftiga skrämseln och oron för fadern och ej af någon henne själf tillfogad yttre skada vid tillfället uppkom genast tämligen stark darrning i högra armen och handen samt lindriga ryckningar i foten. Darrningen i högra armen antog nu, såsom i april månad, genast karakter af pronations- och supinationstremor, denna gång mycket starkare än förut. Behandlades i Sätra under sju veckors tid med bad, brunnsdrickning, elektricitet, dessutom gymnastik en till två gånger dagligen samt efter hemkomsten från Sätra med elektricitet enbart under ett par veckor, utan att någon förbättring inträdde.

Sedan jag i Sätra iakttagit, att tremorn afstannade genom att ett stadigt och ihållande tryck utöfvades på öfverarmen och jag sedermera, då pat. rådfrågade mig i början af oktober 1884, närmare iakttagit, hvarest detta tryck borde utöfvas, kunde jag genom att några minuter trycka på dessa punkter få ryckningarna att afstanna, och jag iakttog dessutom, att, om trycket varat en längre stund, ryckningarna upphörde, så att armen under några minuter var fullkomligt stilla. Trycket utöfvades å n. medianus och n. radialis ungefär på midten af öfverarmen. Armen var dock i allmänhet stilla endast så länge trycket utöfvades, någon gång en eller annan minut efter det sammas upphäfvande. Då jag med digital kompression några dagar fått tremorn att upphöra för kortare stunder, sände jag patienten till Upsala för att konsultera prof. Petersson med anhållan, att han ville yttra sig om sjukdomens art och den af mig inledda behandlingen, innan jag vidare fullföljde den [1]).

Detta tryckande med fingrarna blef dock i längden mycket tröttsamt och kunde dessutom ej ofta eller länge begagnas, i följd af att det skulle blifvit för mycket tidsödande. Jag började därför tänka på att förmedelst något bandage kunna utöfva ett modereradt men konstant tryck, och fann snart, att den vanliga skrufturniketten i detta fall var lika ändamålsenlig som lätt applicerbar.

Då behandlingen med turnikett började d. $^{15}/_{10}$ 1884, var högra underarmen stadd i en ständig pronations- och supinationstremor med tämligen stora exkursioner och hade på detta sätt fortgått med väx-

[1]) Petersson bekräftade i allo min iakttagelse, och fick äfven han tremorn att upphöra för tryck öfver de nämnda nerverna. Vid ett af hans försök stod armen stilla två minuter efter tryckets upphörande. Han uppmanade mig därför att fortsätta min behandling.

lande förbättring och försämring sedan augusti 1883 och oafbrutet sedan d. $^{10}/_{6}$ 1884. Underarmens vridning försiggick inom en vinkel af ungefär 30—90 grader i underarmens medelläge, och antalet vridningar höll sig omkring 200 i minuten. Behandlingen med turnikett fortsattes under första dagen endast ett par timmar. Jag öfvervakade naturligtvis då liksom alltid sedermera, att radialpulsen efter turnikettens anläggande var fullt känbar. Under närmast följande dagar var turniketten liggande 4 till 5 timmar, under sista veckan 8 till 10 timmar dagligen med 1 till 2 timmars afbrott vid middagen. Redan efter fyra dagars behandling var armen stilla en god stund efter turnikettens borttagande; sedan behandlingen fortgått ytterligare några dagar, uppkom ej tremor vidare samma dag, men började å nyo vid uppvaknandet påföljande morgon. Tremorn var dock för hvarje dag märkbart svagare, så att min behandlingsmetod ingaf de allra bästa förhoppningar om ett lyckligt resultat. När patienten d. $^{26}/_{10}$ 1884 kom till min mottagning, kunde ej någon tremor iakttagas hvarken af mig eller af patienten själf, således *fullkomlig stillhet i arm och hand efter endast elfva dagars behandling med nervtryckning*, utförd med skrufturnikett.

Anmärkas bör, att jag utan resultat dagligen gifvit massage och galvanisk elektricitet under tiden närmast före turnikettbehandlingen, hvilket väl ej kan anses grumla iakttagelsen, utan torde väl den nu erhållna lyckliga utgången böra tillskrifvas uteslutande nervtryckningen. Turnikettbehandlingen fortsattes ett par dagar, sedan tremorn fullständigt upphört, hvarefter patienten hemförlofvades med tillsägelse att ej anstränga armen och att återkomma, i fall tremor å nyo skulle uppträda.

Redan d. $^{7}/_{11}$ instälde hon sig å nyo för att om möjligt erhålla hjälp, emedan ryckningar uppträdt i *vänstra* armen. Hon hade i hemmet känt sig fullt frisk och endast någon enda gång besvärats af hastiga supinationsryckningar i högra handen, som »hastigt vände sig med flathanden uppåt, hvarefter små ryckningar under några minuter fortforo». D. $^{6}/_{11}$ kände patienten, sedan hon på kvällen gått till sängs och sofvit en stund, en skakning af hela kroppen, dock ej synnerligen våldsam, hvarefter små ryckningar uppkommo i vänstra handen och armen. Hon hade inga smärtor och sof godt under natten. Då hon, såsom nämndt är, infann sig hos mig påföljande dag, förefans i vänstra handen ganska stark pronations- och supinationstremor, samt dessutom hastiga och tätt på hvarandra följande böjningar af fingrarna, yttrande sig mera såsom profundus- än sublimisböjning. Ring- och lillfingret flekterades oftare och starkare än de öfriga fingrarna, äfven långfingret deltog alt emellan i dessa flexionsrörelser, hvilket jag bäst iakttog genom att tillsäga patienten att hålla alla sina fingrar sträckta, då detta alltid lyckades med pekfingret och tummen men ej med de öfriga. Då hon vid tillsägelse hastigt skulle fatta framför henne stälda föremål, skedde detta alltid med pekfingret och tummen eller med dessa två jämte långfingret, men ej med hela handen. Detta skedde ofrivilligt och kunde ej ens ändras, sedan hon blifvit uppmärksamgjord därpå.

Turnikettbehandling började genast och redan efter några dagar hade flexionsryckningarna försvunnit, så att endast pronations- och supinationstremorn kvarstod, hvilken likaledes småningom men jämnt förminskades. Tremorn var i vänstra armen olik den i högra armen däruti, att vridningarna voro större men mindre frekventa.

Högra armen, som i allmänhet under denna tid var absolut stilla, visade någon gång, särskildt under det den vänstra behandlades och var stilla, lindrig tremor, hvarför jag den $^{13}/_{11}$ åter anlade turnikett äfven om denna arm. Turniketterna fingo denna dag ligga 7 timmar, hvarefter båda armarna voro fullkomligt stilla i alla möjliga ställningar och då efter några dagars dubbelsidig turnikettbehandling ingen tremor vidare visade sig, ej ens vid uppvaknandet på morgnarna, då den eljes alltid brukat vara starkast, kunde jag åter förklara patienten frisk. I november månad fick hon under hela den tid hon behandlades arbeta med virkning, sömnad och dylikt, till och med då hon hade turnikett å båda armarna, utan att detta på minsta vis inverkade menligt på förbättringens jämna fortgående.

Ofvan beskrifna sjukdomsfall och behandlingen däraf omtalades i Upsala läkareförening d. 6 februari 1885. Under år 1885 var jag flere gånger i tillfälle se patienten och har sedermera haft underrättelse från henne, sista gången i slutet af år 1886, då hon fortfarande var frisk, ehuru, som hon själf säger, »hon vågar pröfva sina krafter för mycket».

Af patientens egen beskrifning liksom ock af den läkares (Kindeström) utsago, hvilken behandlade patienten i sjukdomens början, framgår tydligt, att sjukdomen uppträdt under de för chorea vanliga symptomen, ehuru ryckningarna varit ovanligt starka, men att sjukdomen under sin vidare utveckling öfvergått i en pronations- och supinationstremor, d. v. s. hastigt på hvarandra följande, regelbundna, men af viljan oberoende muskelkontraktioner i underarmens pronatorer och supinatorer. — Charcot beskrifver [1]) en form af chorea, hvilken han kallar *chorée rhytmée.* I den samma »fortgå rörelserna efter en regulier rytm, eller äro systematiska». Det af mig beskrifna fallet torde möjligen böra hänföras till denna choreaform, men då jag redan 1885 vid min redogörelse därför benämnde det pronations- och supinationstremor, har jag ansett, att jag äfven vid offentliggörandet däraf bör bibehålla denna benämning. Orsaken till sjukdomens första uppkomst var öfveransträngning, hvaremot de förnyade anfallen mest synas berott

[1]) Leçons sur les maladies du système nerveux. Tome troisième (deuxième fascicule). Paris 1887, s. 216.

på och framkallats genom patientens benägenhet för att lätt blifva skrämd. Hon minnes mycket väl, att hon under sjukdomens början alt emellan alldeles ofrivilligt släpte föremål, som hon en stund hållit i sina händer; däremot har hon hvarken då eller sedan haft den ringaste svårighet att fatta större eller mindre föremål och ej häller slagit omkull dem, då hon hastigt gripit efter dem. Förlamningssymptom hafva aldrig förefunnits, ej nervsmärtor, ej kramp. Känsel-, muskel- och temperatursinne voro i alt normala, likaså reaktionen för elektricitet. Oftalmoskopisk undersökning af ögonbottnen visade ej häller något abnormt.

Den kännedom man eger om de finare anatomiska förändringarna i nervsystemet, hvilka framkalla tremor, är i allmänhet ingen eller ganska ringa. Att förändringen här hade sitt säte i perifera nerver, borde väl få anses vara tämligen antagligt, efter som sjukdomen kunde botas förmedelst tryck å perifera nerver — eller fortleddes möjligen verkan af detta tryck till centrum?

2. *Accessoriuskramp* hos C. F. H., 21 år, skomakeriarbetare från Sala. Behandlades under hösten 1884. Hans föräldrar och syskon äro friska, och de veta ej af någon ärftlig sjukdom inom sin slägt. Han hade under $1\frac{1}{2}$ år dagligen sutit med högra sidan vänd mot ett dragigt fönster, då han på nyåret 1884 började besväras af hufvudvärk. I början af mars uppträdde krypningar och små ryckningar i högra sidan af nacken och halsen; i april ökades ryckningarna, så att hufvudet drogs ned mot högra skuldran och vreds med ansigtet mot vänster. Ryckningarna höllo sig uteslutande på höger sida ända till andra veckan af maj 1884, då de, enligt patientens uppgift, äfven gingo öfver på vänster sida och blefvo småningom alt svårare och svårare. Han kunde vid denna tid ej ligga på rygg, emedan krampryckningarna i detta läge voro så starka, att hela bålen lyftes; vid upprätt ställning måste han med båda händerna omfatta och fasthålla hufvudet, emedan det i annat fall drogs så starkt bakåt, att kväfningsanfall instälde sig. Liggande i sidoläge var bäst. Ryckningarna åstadkommo svårighet att insomna, men förefunnos aldrig under sömn. Han erhöll medikamentös behandling både in- och utvärtes samt bad och elektricitet, hvaraf tillståndet något förbättrades.

Då jag under hösten 1884 först iakttog patienten, var, för så vidt jag kunde finna, endast den högra m. cucullaris angripen af kramp, möjligen i någon ringa grad äfven den högra m. sternocleidomastoideus, som dock ej kändes kontraherad men väl något framspringande under krampanfallen, då däremot m. cucullaris kändes starkt kontraherad och hans öfre fria rand framspringande öfver omgifvande nivå, muskeln var dessutom betydligt hypertrofierad. Vid dessa krampanfall,

som påkommo flere gånger i timmen, stundom med blott några minuters mellanrum, drogs hufvudet bakåt och nedåt mot högra skuldran under det samtidigt ansigtet vreds mot vänster och vändes uppåt. Högra skuldran drogs under krampanfallen uppåt-inåt. Krampen förvärrades, så snart patienten utförde någon rörelse, till och med då han talade. Tillståndet hade fortfarit på detta sätt sedan juni 1884. Massage å högra sidan af halsen gafs ett par månader under hösten 1884 utan åsyftad verkan. Någon förlamning har aldrig förefunnits, ej häller någon abnormitet i sinnesorganens funktioner.

Jag började i slutet af år 1884 att utöfva nervtryckning å n. accessorius vid hans inträde under m. cucullaris. Krampens intensitet minskades alltid betydligt, så länge trycket varade; tämligen ofta stod hufvudet under tryckets fortvaro alldeles stilla och någon gång äfven en god stund efter dess upphäfvande. Då den digitala kompressionen blef både tidsödande och tröttsam, den räckte 2 till 3 minuter och upprepades 4 till 5 gånger under hvarje seance, anlades en läderrem, så att den samma korsades öfver ryggen och omfattade båda skuldrorna på samma gång den tryckte å det angifna stället, hvarigenom en så betydande förbättring i patientens tillstånd vans, att han obehindradt kunde gå uppe och fritt utföra rörelser, utan att kväfningsanfall påkommo. Han förevisades i Upsala läkareförening d. 6 febr. 1885, då äfven den omtalade digitala nervtryckningen utfördes; vårdades sedan under våren 1885 å Upsala sjukhus. Jag var i tillfälle att iakttaga patienten till aug. 1885.

Under sommaren 1886 behandlades han vid Sätra brunn, då nervtryckning efter ofvan angifna metod användes af d:r Ahlqvist, äfven då med godt resultat, så att förbättringen fortgått.

3. E. H., 11-årig flicka från Stockholm, med *pares och atrofi i högra armen*, uppkommen efter en luxation i tummens metacarpofalangealled. Hon vrickade högra tummen en af de första dagarna i aug. 1884. Då reposition gjordes d. 12 aug., måste denna ske förmedelst operatift ingrepp, hvarefter vid anläggning af bandaget, som sträckte sig ett stycke upp på underarmen, några klisterbindor begagnades för att gifva stadga åt tummen. Då bandaget 8 dagar senare borttogs, var underarmen paretisk. Behandling med elektricitet började omedelbart efter paresens uppkomst och fortgick omkring 2 månaders tid, därefter gafs massage ungefär 1 månad, utan att någon förbättring inträdde. Patienten visade sig första gången å Gymnastiskt-ortopediska institutet i febr. 1885 och har sedermera tidtals erhållit gymnastisk behandling därstädes [1]). Sedan våren 1886 har hon äfven behandlats med elektricitet jämte gymnastik och massage. Den elektriska retbarheten var vid denna tid mycket nedsatt; de muskler, som innerveras af n. radialis, reagerade ej för faradisk ström, långsamt och trögt för galvanisk; nerven reagerade hvarken för faradisk eller

---

[1]) D:r R. Murray, som vid denna tid iakttog henne, uppgifver, att armen i sin helhet var paretisk, men att rörelseförmågan i öfverarmen genom den gymnastiska behandlingen mycket snart förbättrades.

galvanisk ström. Jag försökte vid nyss nämnda tid en och annan gång nervtryckning å högra n. radialis. Från hösten 1886, efter hvilken tid hon mera regelbundet besökt institutet, har hon jämte den gymnastiska och elektriska behandlingen (galvanisk ström) dagligen erhållit nervtryckning, hvilket jag tror varit af nytta, emedan förbättring, som förut ej velat inträda, nu börjat visa sig.

Genom att utöfva ett lindrigt och hastigt öfvergående tryck å n. radialis, erhålles en hastig och tämligen stark kontraktion i extensorerna på underarmen, så att handen och fingrarna sträckas, gifvande ett utslag af ungefär 45 graders vinkel. Nervtryckningen utöfvas ungefär vid nervens utträde ur sulcus spiralis humeri och på det sätt, att ett finger under svagt tryck föres tvärs öfver nerven, hvarigenom den samma förskjutes något åt sidan. Nervtryckningen varar således i detta fall endast ett ögonblick, och äfven reaktionen är ögonblicklig, så att den till alla delar påminner om en slutnings eller öppningsryckning för elektricitet. Tryckningen har upprepats omkr. 100 gånger vid hvarje seance. Vid behandlingens början kunde jag ej alltid med ens finna nerven och få reaktion; på senare tid hafva till och med institutets assistenter efter anvisning kunnat med lätthet utföra nervtryckningen [2]).

Högra armen är i febr. 1887 ända uppifrån skuldran svagare än den vänstra; den har öfver alt ungefär 1 cm. mindre omfång. De muskler, som innerveras af n. radialis, äro mest atrofiska, och rörelseförmågan är i dem obetydlig; så t. ex. kan handen från lodrätt hängande läge ej sträckas längre än till ungefär 30 graders vinkel och faller därifrån snart ned igen. I armens öfriga muskler är rörelseförmågan god, och atrofin i dem är helt visst endast en sekundär inaktivitetsatrofi. N. radialis tyckes för öfrigt, efter hvad som framgår af den gjorda undersökningen, vara den enda nerv, som för närvarande är sjukligt förändrad. Å högra underarmens sträcksida är underhudsfettet betydligt rikligare än å motsvarande del af vänster arm. Högra underarmen är alltid rödblå och kallare än den vänstra; känseln är normal; värk eller smärta har aldrig förefunnits, ej häller kontraktur i böjmusklerna. Den elektriska retbarheten är nu betydligt bättre, ehuru ännu ej fullt normal. För faradisk ström reagera både nerver och muskler lika på båda armarna; för galvanisk är däremot retbarheten förhöjd i de muskler, som innerveras af n. radialis dexter, hvarjämte kontraktionen i dessa muskler försiggår långsamt och trögt. Förbättringen har under sista tiden fortskridit så raskt, att patienten redan i slutet af mars 1887 kunde sträcka handen alldeles fullständigt.

Huru vida förlamningen och atrofin i det beskrifna sjukdomsfallet förorsakats af själfva travmat, eller däraf att luxationen först efter 8 till 10 dagar reponerades, eller af det operativa ingreppet eller slutligen af att klisterförbandet utöfvade för starkt tryck, torde ej vara möjligt att nu afgöra.

---

[2]) Patienten förevisades i Sv. läkaresällsk. d. 1 mars 1887, då nervtryckning utfördes af förf. och af en bland Ortop. institutets kvinliga assistenter.

Det sista antagandet har väl största sannolikhet för sig, efter som tecken på förlamning ej visade sig under den tid luxationen kvarstod. Fallet skulle då närmast vara att hänföra till den af LESER beskrifna s. k. ischemiska muskelförlamningen[1]. Anmärkas bör dock, att förlamningar efter travmatiska lesioner i ledgångarna äro rätt vanliga, och CHARCOT framhåller just, att det ej finnes någon bestämd relation mellan ledaffektionens intensitet och de häraf följande paralytiska och atrofiska fenomenen[2]. Att förlamningen skulle vara en följd af dröjsmålet med repositionen eller af det operativa ingreppet, är väl minst antagligt.

Hvad som eger största intresse i detta sjukdomsfall är, att med mekanisk retning af nerven en fullt tydlig reaktion kunde erhållas under den tid fullständig degenerationsreaktion förefans; dessutom att äfven sedan den elektriska retbarheten börjat återkomma, så väl för galvanisk som för faradisk ström, den mekaniska retbarheten dock fortfarande var starkare och lifligare, samt slutligen att, i den mon den elektriska retbarheten börjat närma sig det normala förhållandet och rörelseförmågan i underarmen samtidigt därmed börjat förbättras, den mekaniska retbarheten småningom aftagit i hastighet och styrka.

ERB anför[3], att hos den degenererade muskeln en stegrad mekanisk retbarhet förefinnes, som brukar uppträda något senare än den ökade galvaniska retbarheten och försvinna något tidigare än den samma. I det beskrifna fallet har ej någon sådan stegrad retbarhet hos underarmmusklerna kunnat upptäckas. Äfven HITZIG[4] har funnit retbarheten stegrad, men han anser detta förhållande böra hänföras till nerven, något som i alt öfverensstämmer med det af mig beskrifna fallet.

De *olika former, under hvilka nervtryckning användes*, äro, för så vidt jag har mig bekant:

1) *ögonblickligt öfvergående tryckning upprepade gånger* såsom i det ofvan beskrifna fallet n:r 3;

---

[1]) Untersuchungen über ischæmische Muskellähmungen und Muskelcontracturen i VOLKMANNS Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig 1884.

[2]) Leçons o. s. v. Tome troisième (premier fascicule). Paris 1883, s. 30.

[3]) Handbuch der Elektrotherapie. Leipzig 1886, s. 200.

[4]) ERB: Anf. st. samt i VIRCHOWS Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, s. 301. Berlin 1867.

2) *såsom vanlig nervmassage* med de för den samma vanliga handgreppen; begagnas mest vid nevralgier;

3) *tryckning under några minuter med samtidig darrning eller s. k. darrskakning;* är den af gymnasterna vanligast använda metoden och begagnas af dem vid behandling af extremiteternas nerver och af plexus i buken och bäckenet;

4) *tryck å nerven ihållande under en till flere timmar,* såsom i de ofvan beskrifna fallen n:r 1 och 2.

En art af mekanisk nervretning är den af BILLROTH införda *kirurgiska nervtänjningen,* som i olika krampformer, i nevralgier m. m. med framgång användts. Den *gymnastiska nervtänjningen* har alt sedan P. H. LING begagnats af svenska sjukgymnaster på det sätt, att rörelser gifvits, hvarigenom nerverna blifvit tänjda; så t. ex. får vid neuralgia ischiadica patienten intaga rygglàge, hvarunder med det sträckta benet stark flexion i höftleden utförts, m. m. dylikt. Nervtryckningen står enligt min åsigt nervtänjningen mycket nära, både den kirurgiska och den gymnastiska, och kan uppfattas såsom en lindrigare form af nervtänjning, hvilken den mången gång bör kunna ersätta. Denna åsigt finner äfven stöd i literaturen [1]).

Jag har ansett mig böra i korthet omnämna de nerver, som vanligast behandlas med nervtryckning, hvilket möjligen kan vara af värde, då både den medicinska och gymnastiska literaturen innehåller högst sparsamma uppgifter därom. Jag måste dock förutskicka den anmärkningen, att jag ej på alla de här uppräknade nerverna utfört nervtryckning på sjuka, men jag har däremot själf erhållit den af och gifvit den åt praktiserande sjukgymnaster och är därför fullt förtrogen med metoden. Såsom en allmän regel för utförandet af nervtryckning gäller, att nerven uppsökes på ett ställe, där han ligger ytligt och kan tryckas mot ben.

De grenar af *n. trigeminus,* som vid nevralgier vanligen behandlas och äro tillgängliga för behandling, äro:

n. supratrochlearis i inre ögonvrån och vid näsroten;

n. supraorbitalis från sitt utträde ur foramen supraorbitale uppåt pannan och tinningen;

---

[1]) ROSSANDER säger i sitt arbete *om ögoninflammationerna,* s. 5, Stockholm 1883, att trigeminusnevralgi är en ej ovanlig orsak till hyperemi i ögat, och att vid dessa sjukdomsfall massage är ett medel, som ej nog kan rekommenderas. Han tillägger: »Jag undrar om ej somliga af de fall, där man med framgång tänjt nervus infratrochlearis, också höra hit.»

n. nasociliaris från näsroten nedåt inre ögonvrån och näsan;
n. infraorbitalis från foramen infraorbitale nedåt näsan och kinden;
n. auriculo-temporalis omkring yttre hörselgången;
n. mentalis vid sitt utträde ur foramen mentale.

N. facialis har af HARTELIUS[1]) behandlats med nervtryckning vid periferisk förlamning. Nerven träffas bäst på det ställe, där han slår sig om underkäkens bakre rand.

På *n. vagus* göres tryckning å halsen; begagnas enligt HARTELIUS[2]) vid hjärtklappning, i synnerhet nervös.

Om *n. accessorius* är redan taladt vid beskrifning af fall n:r 2.

De yttre sensitiva och motoriska *nerverna* på baksidan af *halsen och ryggen* behandlas vanligen vid nevralgier och förlamningar på det sätt, att de något böjda fingrarnas spetsar utöfva ett kraftigt tryck under darrskakning, med en hand på hvardera sidan om ryggradens processus spinosi. På de omtalade halsnerverna kan trycket äfven utöfvas genom att halsen bakifrån omfattas med tummen på ena sidan, pek- och långfingret på den andra. På samma sätt kan nervtryckning göras på *n. occipitalis major* och *n. occipitalis minor* vid processus mastoidei på båda sidor samtidigt. De tvänne sist nämnda nerverna äro ofta föremål för massagebehandling, som i detta fall af flera gymnaster utöfvas på det egendomliga sätt, att nerverna bearbetas med naglarna, antingen med tummens nagel endast eller med de mot hvarandra stälda tum- och pekfingernaglarna.

Äfven *n. auricularis magnus* är föremål för behandling. Nerven uppsökes vid öfre bakre randen af m. sternocleidomastoideus och strax bakom ytterörat.

N. iliohypogastricus, *n. ilioinguinalis* och *n. genitocruralis* behandlas ofta med tryckning emot ossa ilei et pubis.

Å *n. phrenicus* utöfvas tryckning på det ställe af halsen, där nerven går framför m. scalenus anticus.

Extremiteternas nerver äro de, som af sjukgymnasterna vanligast behandlats med nervtryckning, dels vid förlamningar, dels vid nevralgier, men oftast såsom allmänt stärkande och lifvande medel. Nervtryckning å *plexus brachialis* utföres lik-

---

[1]) Anf. st., s. 190.
[2]) Anf. st., s. 93.

som å armens nervstammar under lindrig skakning; trycket göres på

n. musculo-cutaneus i fåran innanför m. coraco-brachialis före inträdet i denna muskel eller ock tryckes nerven genom muskeln;

n. medianus i fåran innanför m. biceps brachii;

n. radialis under nervens förlopp genom sulcus spiralis humeri;

n. axillaris vid nervens omslagsställe omkring öfverarmen och vid inträdet under m. deltoideus.

N. thoracicus longus behandlas med nervtryckning utefter sitt förlopp å bröstkorgen.

Vid nevralgi i *n.n. intercostales* sker enligt HARTELIUS [1]) tryckning med fingrarna uppåt mot nedre refbenskanten. Några fall, där smärtan haft sitt säte under bröstkörteln, har jag med framgång behandlat med massage.

Af *benets nerver* behandlas

n. ischiadicus vid utträdet ur bäckenet och utefter lårets baksida;

n. tibialis i knävecket och å vaden;

n. peroneus vid capitulum fibulæ och innanför bicepssenan;

n. cruralis vid utträdet under ligamentum Poupartii.

Äfven *n. sympathicus* behandlas mycket ofta med nervtryckning, oftast *halsganglierna*, *plexus solaris* och *plexus hygastrici inferiores*. Å det förra af dessa plexus utöfvas tryckning under benämning »maggrops-tryckning», »maggrops-darrskakning», »maggrops-punkt-skakning» af de flesta sjukgymnaster på det sätt, att rörelsegifvaren, sedan händerna förts med flatsidan mot och nära intill hvarandra, med fingerspetsarna utöfvar tryck i maggropen eller midt emellan nafveln och spetsen af bröstbenet [HARTELIUS [2])]. På plexus hypog. inf. verkställes tryckning djupt ned i bäckenet på sätt ofvan under plexus solaris angifvits, eller ännu bättre, under det händernas volarsidor vändas nedåt, och benämnes i det gymnastiska språket »öfverisbens-tryckning». Vid de båda sist nämnda nervtryckningarna intager patienten halfliggande rygglåge med benen uppdragna.

---

[1]) Anf. st., s. 175.

[2]) Anf. st., s. 92.

Af beskrifningen framgår, att nervtryckning å perifera nerver i allmänhet är lätt att utföra. Att man genom tryck utifrån, om detta är tillräckligt starkt, äfven bör kunna träffa n. sympathicus tillsammans med och genom de rikliga betäckningarna, torde ej kunna förnekas.

Cederschjöld anför[1], att »anfall af migrän ofta kunna häfvas genom retning af halssympathicus»; Henschen att »ömhet öfver halssympathici mellersta eller öfversta ganglion är ett ganska konstant symptom vid migrän»[2]) och vid beskrifning af migränens behandling, att »tryck å öfre delen af halssympathicus framkallar smärta»[3], samt att »lindrig gnidning å den ena sidans halssympathicus framkallar kväljningar, däremot icke å den andra»[4]. Rossander säger[5] i fråga om halssympathicus, »att man, t. ex. med afseende på elektricitetsbehandlingen, uttryckt tvifvel, om man därmed verkligen träffar nerven. Detta inkast kan dock ej gälla massagen. Det är väl alldeles tydligt, att man därmed kan direkt inverka på nerven och särskildt på dess ganglier».

Dessa författare anse sig således kunna utifrån genom halsens mjukdelar med sitt tryck träffa och påverka halssympathicus. Detta är väl ej omöjligt, ej häller att med nervtryckning träffa och behandla n. vagus; men att med säkerhet kunna applicera trycket i ena fallet på n. vagus, i ett annat på n. sympathicus på samma sida af halsen, hvilket flere gymnaster påstå sig kunna göra, måste däremot förefalla en hvar, som känner dessa båda nervers storlek och läge, högst tvifvelaktigt. Att förlägga nervtryckningen till någon viss af dessa nerver kan enligt gymnasternas åsigt ske därigenom, att de stora halskärlen tillsammans med eller utan sin kärlskida med det tryckande fingret föras åt sidan. Antagligen tryckas i hvarje fall af hvarje sjukgymnast både nerver och kärl samtidigt. Nästan lika osäker som behandlingen af n. sympathici halsdel är, torde väl ock behandlingen af denna nervs plexus i buk- och bäckenkaviteten vara. Att man hos magra personer med tryck enligt ofvan beskrifna sätt bör kunna träffa dessa plexus, är väl möjligt, men hos feta anser jag det där-

---

[1]) Anf. st., s. 169.

[2]) Anf. st., s. 83.

[3]) Anf. st., s. 98.

[4]) Anf. st., s. 99.

[5]) Om massage af hals-sympathicus vid tic douloureux. Hygiea 1885, s. 174.

emot vara omöjligt, och man kan i intet fall vara fullt säker därom. De fleste sjukgymnaster hafva dock den åsigt, att just detta tryck på plexus solaris är det allra vigtigaste i magsjukdomarnas behandling, af hvad skäl vet jag ej och icke häller de sjelfva.

I ett fall har jag sett särdeles välgörande inflytande af den s. k. öfverisbenstryckningen (d. v. s. tryck å plexus hypog. inf.), nämligen hos en *40-årig man*, som lider af *tabes dorsalis*, af ej specifik natur enligt flere läkares iakttagelse. Hos denne patient har ingen annan behandling haft så god nytta som sjukgymnastik, hvilken använd under 2 till 3 månader tre år å rad för hvarje gång förbättrat hans tillstånd, så att gåendet blifvit säkrare och bättre, smärtorna försvunnit, defekation och urinering underordnats viljans inflytande o. s. v. Rygg- och bennervtryckning hafva jämte öfriga gymnastiska rörelser spelat en stor rol härvid, och särskildt har öfverisbenstryckningen häft ett ganska besvärligt symptom, nämligen svårighet att låta urin. Detta har varit så påtagligt, att redan efter första behandlingen märkbar förbättring inträdt, och då jag sjelf under de 2 sista åren utfört denna behandling och sett resultat däraf, är det ock min plikt att erkänna, att detta fall har kommit mig att tro på nervtryckningens betydelse äfven på detta område, hvarom jag förut hyst de starkaste tvifvel. Jag har anfört detta fall äfven af den anledning, att jag sett ett nyligen utkommet förtjänstfullt arbete af H. NEBEL[1]), hvari han bland andra exempel på öfverdrifter inom sjukgymnastiken anför s. 2653: »dass einige auch Tabes vermittels Nervendruck kuriren wollen». HARTELIUS har meddelat mig, att han i flere fall fått godt resultat af nervtryckning vid tabes och nästan utslutande användt den samma, då han fått patienterna till behandling, innan sjukdomen altför långt framskridit.

Jag har hittils ej pröfvat nervtryckning i något större antal fall, särskildt ej såsom det enda terapevtiska medlet mer än i de ofvan beskrifna, men har däremot gifvit nervtryckning jämte andra sjukgymnastiska rörelser och sett stor nytta däraf. Alt efter som jag kommer i tillfälle att i därför lämpliga sjukdomsfall pröfva och se verkliga resultat af behandling med nervtryckning, skall jag meddela dem, och jag hoppas, att de

---

[1]) Ueber Heilgymnastik und Massage i VOLKMANNS Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig 1886.

redan meddelade fallen äfven skola egga andra att göra försök. Att nervtryckning äfven har sin betydelse vid behandling af konstitutionela sjukdomar, har jag i flere fall sett. Den som fått en allmän nervtryckning, kan ej förneka det lifvande och stärkande inflytande den samma utöfvar. Intet annat medel kan så med ens fördrifva trötthetskänsla och väcka nytt lif.

Att på grund af den hittils vunna erfarenheten förutsäga i hvilka sjukdomsfall nervtryckning bör med fördel kunna användas, torde ej låta sig göra; ej häller är det lätt att förklara nervtryckningens verkan. Dess betydelse som terapevtiskt medel, torde likväl framgå af de beskrifna sjukdomsfallen, men den får först då någon egentlig och större betydelse, när läkarne själfva mera allmänt taga hand om den samma, något som gäller sjukgymnastiken i sin helhet, hvilken ända hittils nästan uteslutande legat i händerna på sjukgymnaster utan medicinsk bildning. Nervtryckningen har för öfrigt liksom hela sjukgymnastiken det gemensamt med många andra medel inom den praktiska medicinen, att deras nytta måste erkännas, långt innan deras inverkan på organismen blifvit fullt förklarad. Jag hyser den vissa förhoppningen, att nervtryckningen i en framtid, då dess fysiologiska betydelse blifver utredd, skall blifva en af sjukgymnastikens bästa hjälpkällor.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Bidrag till kännedomen om betydelsen af endarteritis chronica deformans såsom orsak till plötslig död

af

Med. lic. ALGOT KEY-ÅBERG
i Stockholm.

Med 1 tafla.

I.

Om också strängt vetenskapligt betraktadt den mänskliga organismens död städse är en plötslig tilldragelse, »puncto temporis contingens», och det sålunda ur denna synpunkt skulle kunna anses oberättigadt att för vissa fall såsom motsats till andra tala om *plötslig död*, så har dock detta begrepp sedan gammalt såväl inom den medicinska literaturen som i det vanliga språkbruket en mera inskränkt, om också icke af alla på fullt enahanda sätt uppfattad, betydelse.

Den definition af begreppet plötslig död, hvilken LANCISI[1]) i sitt klassiska verk, *De subitaneis mortibus* i följande rader gifver: »subitanea, seu repentina mors — : illa siquidem appellari solet, quae per morbum celerrimi motus homines utplurimum sanos, vel morbis inducias permittentibus detentos, absque ullo, vel certe breviori agone de viventium numero tollit; et cum plerunque inopinato imperitis adveniat, terribile facit moriendi compendium», är, synes det, till sin hufvudsakliga innebörd fullt öfverensstämmande med den, som nära 150 år senare uppstäldes af ARAN[2]) uti den förtjänstfulla afhandlingen, *Des morts subites*.

[1]) JO. MARIÆ LANCISII De subitaneis mortibus. Roma 1709, s. 13—14.

[2]) F. A. ARAN. Des morts subites. Thèse de Concours pour l'agrégation, Paris, 1853, sid. 7.

ARAN förstår nämligen här under benämningen morts subites, »toutes les morts qui, survenant dans un temps très-court, presque toujours d'une manière imprévue, frappent l'homme en santé ou en maladie.»

Visserligen erbjuda dessa båda definitioner sådana formela olikheter, att man af dem kunde känna sig böjd för det antagandet, att äfven principiela sådana möjligen förelegat beträffande det definierade begreppet.

En något närmare bekantskap med de anförda arbetena visar emellertid, att så icke är förhållandet, och att de i dem gifna begreppsbestämningarna, utan våld på dessas innebörd, torde kunna återgifvas sålunda: det för den plötsliga döden (den naturliga såväl som på ett eller annat sätt våldsamma) kännetecknande utgör dödens ögonblickliga eller åtminstone mycket hastiga inträde på sätt och under förhållanden (hälsa eller sjukdom), som nästan alltid göra den samma, åtminstone af icke-läkaren, oförutsedd.

I det tämligen digra arbete, hvilket HERRICH och POPP[1]) egnat åt studiet af den genom *inre* orsaker betingade plötsliga döden, framställes »Beschränktseyn der das Sterben gewöhnlich begleitenden und ihm eigenthümlichen Störungen auf einen äusserst kurzen, oft kaum wahrnehmbaren Zeitraum» såsom det ensamt utmärkande för det dödssätt, som de vilja kalla för plötslig död.

Denna sist nämnda åskådning, hvilken i öfverensstämmelse med de förut anförda, uti en inskränkning af de för öfvergången från lif till död egendomliga och därunder vanligen tydligt uppträdande rubbningarna i lifsfunktionerna till en helt kort, knappast eller icke mätbar tidrymd, ser det för den plötsliga döden hufvudsakligen karakteristiska, är utan gensaga fullt riktig ur allmän fysiologisk och patologisk synpunkt och torde också vara den, som, särskildt under förutsättning att döden därjämte är oförutsedd, utom läkarekretsar är den allmännast gängse.

Då emellertid kapitlet om plötslig död, såsom ARAN[2]), under erkännande af det stora bidrag, som från rättsläkarnes sida inlagts till det samma, träffande säger, är »une de ces questions neutres, qui touchent d'un côté à la médecine légale,

---

[1]) KARL HERRICH und KARL POPP. Der plötzliche Tod aus inneren Ursachen. Regensburg 1848, s. 3.

[2]) A. st. sid. 5.

et par des points non moins nombreux à la pathologie proprement dite», så kan det icke vara annat än i sin ordning att taga kännedom om, huruvida äfven *rättsläkaren i egenskap af praktisk utöfvare af sin vetenskap* tillfredsställes af ett sådant åskådningssätt.

Så är dock icke obetingadt förhållandet.

Under det att nämligen ur rättsmedicinsk synpunkt icke samma vigt kan läggas på närvaro af eller flyktigheten hos agonin, som ur förut anförda synpunkter blifvit gjordt, så är det däremot tvänne andra faktorer, hvilka, då de sammanträffa, framför öfriga stämpla ett dödsfall såsom plötsligt i rättmedicinsk mening. Dessa faktorer äro det plötsliga, af ingen förklarlig orsak betingade och af döden omedelbart eller inom en kortare eller längre tid åtföljda, i allmänhet från bilden af en begynnande sjukdom afvikande, starka afbrottet uti en persons hälsotillstånd, hvilken i omgifningens ögon för tillfället synts fullt frisk eller endast mer eller mindre opasslig, samt dödens inträde på ett sätt, som lemnar ovisshet om dess orsak, hvarigenom möjligheten af en våldsam död, om också långt ifrån alltid antaglig, dock icke kan på giltiga grunder uteslutas.

Vibert[1]) återger i sin nyligen utkomna lärobok i det hela lyckligt, ehuru måhända med någon oklarhet, beträffande fordran på obekantskap med dödsorsaken, dessa bestämningar i rättsläkarens definition på plötslig död.

»On comprend», säger han, »en médecine légale sous le nom de mort subite les cas où la mort survient plus ou moins rapidement, en quelques secondes, quelques heures ou même quelques jours, mais d'une façon imprévue, frappant sans cause apparente un sujet jusque-là bien portant ou n'ayant présenté que des troubles de la santé très légers ou du moins paraissant tels aux personnes de son entourage.»

Då den föreliggande uppsatsen, såsom af det följande skall framgå, helt och hållet är baserad på ett rättsmedicinskt material, torde det vara lätt förklarligt, att också begreppet plötslig död i den samma uppfattats ur sist berörda, eller *rättsmedicinsk* synpunkt.

Den äfven i denna, på visst sätt begränsade mening plötsliga döden är emellertid en tillräckligt ofta återkommande och betydelsefull tilldragelse, för att kännedomen om de orsaker,

---

[1]) Ch. Vibert. Précis de médecine légale. Introduction par Brouardel. Paris 1886, s. 73.

hvilka kunna betinga och i de särskilda fallen varit till den samma vållande, måste vara, hvad de också äro, föremål för det allmännaste intresse.

Men i icke så få af dessa fall är det ej endast den mediciniskt oupplysta allmänhetens representanter, som, slagna af det ofta gåtfulla i tilldragelsen, af läkaren begära förklaring och kunskap.

Redan den alt mer ofta förekommande omständigheten, att den på sådant sätt bortgångne haft sitt lif försäkradt, för att icke tala om andra därmed jämförliga förhållanden, kan nämligen göra frågan om den föreliggande dödsorsaken till en fråga af icke liten praktisk betydelse.

Det är nämligen väl bekant, att icke så alldeles sällan ett själfmord verkstälts eller förhemligats på sätt, som gifvit det utseende af plötslig naturlig död. Då emellertid vid detta våldsamma dödssätt försäkringsgifvarens förpliktelser till dödsboet i regeln kontraktsenligt upphöra, så ligger därmed frågans betydelse i öppen dag, och det kan endast såsom fullt billigt betraktas, då ett försäkringsbolag, vid förekommande fall af plötslig död, såsom oeftergifligt vilkor för infriandet af sina förbindelser, uppställer fordran på från kompetent håll afgifvet, på obduktion grundadt, vetenskapligt utlåtande öfver den föreliggande dödsorsaken.

Men sin ojämförligt största betydelse erhåller dock frågan om orsaken till den plötsligt inträffade döden i ett sådant fall, att någon eller några med dödsfallet förbundna omständigheter göra det mer eller mindre antagligt, att döden förorsakats genom annans förvållande (handling eller underlåtenhet). Under sådana förhållanden är den vetenskapligt anstälda likundersökningens resultat den oskyldigt anklagades eller misstänktes bästa juridiska värn och mäktigt att tysta förtalets tunga i fall, där döden varit en naturlig, liksom å andra sidan de vid likundersökningen gjorda rönen kunna blifva det kraftigaste och icke så sällan enda säkra beviset på, att ett dödsfall, som man kanske sökt gifva utseende af att hafva varit naturligt, varit af våldsamt slag.

Att emellertid vid fall af plötslig naturlig död misstankar om ett våldsamt dödssätt lätt nog kunna uppkomma och vinna tilltro, beror väl i första hand på den yttre likhet, hvilken den af naturliga orsaker härrörande plötsliga döden eger med den våldsamma uti bådas oförutsedda, mer eller mindre hastiga inträde,

men också därpå, att den förre icke så sällan inledes genom ett, om också kortvarigt, sjukdomstillstånd, hvilket som bekant i mycket kan ega likhet med det, som närmast föregår den genom vissa förgiftningar åvägabragta döden.

Kommer ytterligare därtill, att döden, såsom ganska ofta sker, inträffar strax efter en måltid, efter förtärandet af någon dryck eller ett läkemedel eller drabbar en individ, som lefver i ett bekant mindre godt förhållande till sin omgifning, eller ett barn, hvars moder eller vårdarinna kan anses intresserad af att få det samma undanröjdt, så föreligger redan tillräckligt stoff för misstankar, ja för, kanske af fantasien eller illviljan utsmyckade, rykten om en våldsam död.

En särskild ställning bland nyss berörda fall intaga de, icke sällan endast i viss mon till de naturliga dödsfallen hörande, mycket intressebjudande och med hänsyn till ett riktigt bedömande af dödsorsaken synnerligen vigtiga, då och då förekommande fall, i hvilka döden plötsligt inträdt under omständigheter, hvilka förläna ett visst stöd åt den föreställningen eller det måhända gjorda påståendet, att den samma varit den omedelbara följden af en den döde under lifvet genom annan person bevisligen tillfogad skada, under det att dock denna senare och den dödliga effekten däraf icke synas stå i något rimligt förhållande till hvarandra.

Under dylika omständigheter är det mången gång först genom det noggrannaste öfvervägande af, hvad de närmare omständigheterna vid fallet och en omsorgsfull likundersökning gifva vid handen, som det för rättsläkaren blir möjligt att rätt bedöma ett sådant fall, hvars gåtfullhet dock i regeln betydligt reducerats genom vid sektionen ådagalagda organiska, oftast kroniska förändringar, på grund af hvilka antingen döden måste anses såsom tillfälligt inträffad, eller den döde vid dödstillfället hafva stått i en, i jämförelse med friska individer, särskild undantagsställning gent emot den under lifvet tillfogade skadan.

De nu skizzerade synpunkter, ur hvilka den i här fattade mening plötsliga döden kan blifva föremål för vigtiga enskilda och allmänna intressen samt för lagskipningens verksamhet, äro vigtiga nog att, såsom särskildt intressebjudande, göra kännedomen om de på *naturliga* orsaker beroende förändringar inom organismen, hvilka enligt erfarenhet och experiment visat sig mäktiga att framkalla ett sådant dödssätt, till föremål för läkarens

och särskildt *rättsläkarens* synnerliga uppmärksamhet och noggranna studier.

Under sådana förhållanden kan det icke väcka någon förvåning, om vi vid en återblick på den literatur, i hvilken de naturliga orsakerna till plötslig död[1]) gjorts till föremål för särskildt studium, möta en rättsläkare, såsom i viss mon banbrytare för en ny åskådning beträffande dessa. Jag menar här den ryktbare fransmannen ALPHONSE DEVERGIE.

Uti det mycket uppmärksammade arbetet »De la mort subite, de ces causes, de sa fréquence suivant l'âge, le sexe et les saisons»[2]) bryter DEVERGIE, i den vetenskapliga tolkningen af sina från obduktionsbordet hemtade iakttagelser helt och hållet stödjande sig på XAV. BICHATS[3]) lära, stafven öfver den föreställning, som, närd af en FERRARIOS[4]) statistik, uti primära lesioner af de nervösa centra och särskildt apoplexin i inskränkt mening såg den utan jämförelse vanligaste orsaken till plötsliga dödsfall.

DEVERGIE sammanfattar resultaten af sina undersökningar i denna punkt i följande rader[5]): »La mort par le cerveau n'a lieu qu'une fois sur quatre, et l'apoplexie avec foyer circonscrit une fois sur quarante». Den vanligaste orsaken till plötslig

---

[1]) Begreppet plötslig död har icke af alla de i den följande korta, historiska återblicken anförda författarne tagits i fullt samma betydelse. Af lätt insedda skäl, och då flere af dessa författare icke tillkännagifvit sin mening om betydelsen af begreppet i fråga, har det emellertid icke varit med en önskvärd öfverskådlighet förenligt eller ens möjligt att här isärhålla de olika uppfattningarna.

[2]) Bulletin de l'Académie Royale de médecine, tome II. 1837—38, s. 824—849.

[3]) XAV. BICHAT. Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Troisième édition. Paris 1805.

[4]) G. FERRARIO. Statistica delle morti improvise, e particolarmente delle morti per apoplessia nelle città, o. s. v., Milano. 1834.

Då jag icke lyckats erhålla detta arbete i original, anföres det samma efter andra källor, särskildt WILLIAM A. GUY: Principles of forensic medicine. London 1844, s. 307—308; FR. OESTERLEN: Handbuch der medicinischen Statistik. Tübingen 1874, s. 747 och J. CASPER: Denkwürdigkeiten zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde 1846, s. 44.

FERRARIOS statistik, som omfattar i Milano och dess omnejd under tiden 1774—1830 förekomna plötsliga dödsfall, angifver, efter GUY, följande dödsorsaker:

från hjärnan (»including apoplexy, cerebral concussion, vertigo and coma»)	879 fall
» hjärtat (»including diseases of the heart, angina pectoris, aneurysm and hæmorrhage»)	150 »
» lungorna (»incl. asphyxia, suffocative catarrh, and pulmonary apoplexy»)	14 »
Difficult labours	5 »
Summa	1,048 fall.

[5]) A. st. sid. 848.

död är åter enligt DEVERGIE en primär »congestion pulmonaire» ensam eller i förening med »congestion cérébrale» (12 fall af hvardera slaget på 40), och den sällsyntaste formen af detta dödssätt »syncope» (3 fall på 40).

Att emellertid det först nämnda påståendet gick i den rätta riktningen bekräftades snart genom statistiker af FRANCIS[1]), HERRICH och POPP[2]) och andra.

Båda de nämnda statistikerna, men såsom mer omfattande särskildt den senare af dem, jämte ytterligare en af FARRE[3]) offentliggjord, måste dessutom anses hafva lemnat otvetydiga bevis emot riktigheten af den föreställning, som åtminstone inom Frankrike tämligen snart synes hafva ersatt den, mot hvilken DEVERGIE tagit till orda. Enligt denna, för öfrigt utan stöd i DEVERGIES statistik, voro rupturerna af hjärtat och de stora kärlen de orsaker, hvilka mer eller mindre fullständigt beherskade kapitlet om plötslig död.

Då emellertid FARRE på 1,087 plötsliga dödsfall af skilda orsaker endast kunde räkna 36 sådana rupturer, och HERRICH och POPP på 96 fall, likaledes betingade af växlande orsaker, blott träffat 3, uti hvilka döden orsakats genom ruptur af i fråga varande organ (däraf 1 hjärtruptur), så var därmed, synes det, grundlösheten af den nämnda åskådningen i själfva verket ådagalagd, låt vara att den samma det oaktadt, och i främsta rummet med stöd uti den ofta anförda, af QUAIN[4]) meddelade statistiken, hvilken på 68 plötsliga dödsfall, i hvilka hjärtat funnits fettdegenereradt, räknade 28 rupturer af hjärtat, ännu under lång tid fortlefde.

Året efter HERRICH och POPP framlade ARAN[5]) en statistik, uppbygd på ur den in- och utländska literaturen samlade fall af plötslig död, och i hvilka döden betingats genom sjukliga förändringar i hjärtat och de stora kärlen[6]).

---

[1]) FRANCIS. Guy's hospital reports 1845; anförd efter ARAN, Recherches sur les maladies du coeur o. s. v. (se nedan) s. 48.

[2]) A. st.

[3]) FARRE. London med. Gaz. t. XXIX s. 632; anförd efter ARAN, Recherches sur les maladies du coeur o. s. v. (se nedan) s. 48.

[4]) QUAIN; anförd efter EICHHORST, Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie. bd 1, 1883, s. 92 och F. A. ARAN, Des morts subites, s. 18.

[5]) F. A. ARAN. Recherches sur les maladies du coeur et des gros vaisseaux, considérées comme causes de mort subite. Archives générales de médecine serien 4, t. XIX. Paris 1849, s. 46—60 och 302—315.

[6]) I 13 af dessa fall angifves emellertid pericardium såsom hufvudsakligen intresseradt.

Utaf de 202 fall, som denna statistik omfattade, var det endast uti 88, som ruptur af hjärtat (i 33 fall) eller något större kärl förekommit.

Aran fann uti detta förhållande »un point nouveau à peine signalé dans les ouvrages classiques les plus récents — — — sur lequel il nous a paru important de fixer l'attention d'une manière toute particulière.»

Yttrandet gäller det emellertid redan genom Herrichs och Popps arbete tydligt ådagalagda och, såsom också Aran på ett senare ställe i sin afhandling tillbörligt framhåller, af flere äldre forskare, såsom redan Lancisi[1]), och särskildt af Kreyzig[2]), kända och mer och mindre betonade förhållandet, att i en del fall af plötslig död (i Arans statistik 114 af 202) dödsorsaken är att söka i sjukliga förändringar i olika delar af hjärtat och de stora kärlen, utan att dock dessa bildningar därvid förete någon ruptur.

Till ytterligare belysning af detta förhållande fäster Aran uppmärksamheten på, hurusom i flertalet af de utaf Devergie[3]) offentliggjorda fallen, i hvilka denne forskare antagit en primär lungkongestion ensam eller i förening med cerebral kongestion såsom själfständig dödsorsak, hjärtat företett från det normala afvikande förhållanden.

Utan att sålunda kunna tillerkänna Aran någon prioritetsrätt för den lära, han förfäktade, eller den relation, han genom ur literaturen hemtade fall funnit emellan hvad han benämner »morts subites par rupture» och »morts subites par maladies du coeur ou des gros vaisseaux sans rupture», en bevisande kraft såsom uttryck för förhållandet, hvad förekomsten beträffar, mellan dödsfall af det ena eller andra slaget, och lemnande hans vetenskapliga ställning till frågan i öfrigt oberörd, måste man erkänna, att Aran genom det arbete, hvars underlag den nyss anförda statistiken utgör, kraftigt framhållit hjärtats och kärlens sjukdomar såsom en, rupturen oafsedt, i flere former uppträdande och, som det synes, vid tiden för hans arbete icke tillräckligt uppskattad orsak till plötslig död.

Det är dock, för såvidt det är författaren till dessa rader bekant, Herrich och Popp[4]), hvilka först på ett enligt nutida

[1]) A. st.
[2]) Kreysig, L. Die Krankheiten des Herzens. Berlin 1814, s. 90—126.
[3]) A. Devergie. Médecine légale théorique et pratique. Des morts subites. Tome I, Paris 1840, s. 110—118.
[4]) A. st. sid. 380.

uppfattning mot verkliga förhållandet svarande sätt gifvit uttryck åt dessa sjukliga förändringars stora betydelse i berörda hänseende. Deras erfarenhet, i hvilken, man bör erinra sig det, äfven ingår kännedomen om rupturernas stora sällsynthet, lyder sålunda: »Verhältnissmässig bei weitem am häufigsten von allen krankhaften Veränderungen werden nach plötzlichem Tode solche des Herzens oder der Gefässtämme — — — gefunden.»

Visserligen kan icke den anförda meningen anses såsom gällande för hvarje åldersklass af människor. För de vuxna af dem erkänner dock vetenskapen på dess närvarande ståndpunkt den samma för fullgiltig[1]).

De stora eröfringar, hvilka den patologiska anatomin sedan tiden för ofvan nämnda arbeten gjort till kännedomen om cirkulationsapparatens sjukdomar, erbjuda emellertid numera möjligheten att på ett vida mera framgångsrikt sätt än som då och för de närmaste efterföljarne på detta forskningsområde lät sig göra, till vissa bestämda och till sin betydelse kända anatomiska förändringar i nämnda apparat förlägga orsaken till en plötsligt inträffad död.

Det är sålunda välbekant för dem af nutidens läkare, hvilka från obduktionsbordet hemtat erfarenhet, att den sjukdomsprocess, hvilken, under för öfrigt växlande benämningar (arterioskleros, ateromatös process o. s. v.) och till sitt väsen olika uppfattad, af VIRCHOW fått namn af endarteritis chronica deformans, vid obduktion af plötsligt aflidna påfallande ofta anträffas i sådan utbredning, under sådana lokalisationsförhållanden eller åtföljd af så beskaffade sekundära förändringar, att man på grund af erfarenhet och åskådning måste betrakta den samma såsom, om icke den närmaste, så dock den egentliga dödsorsaken. Ja, den som varit i tillfälle att göra ett större antal obduktioner af plötsligt döda, torde gärna kommit till den uppfattningen, att den patologiska processen i fråga intager det främsta rummet bland de naturliga orsakerna till plötslig död hos vuxna människor.

Emellertid icke allenast saknar ännu, såvidt jag af literaturen kunnat finna, frågan om betydelsen af endarteritis chronica deformans i sist nämnda hänseende den statistiska

---

[1]) På 375 plötsliga dödsfall (barn och vuxna) fann E. v. HOFMANN 116 gånger hjärtförlamning såsom dödsorsak. Ueber den plötzlichen Tod aus natürlichen Ursachen. Vortrag im Vereine zur Verbreitung naturwissensch. Kenntnisse. Wien 1884, s. 7.

belysning, hvilken ensamt torde kunna skänka erforderlig relief däråt, utan erbjuder denna fråga dessutom flere intressanta, ännu icke fullt klargjorda detaljer.

Af professor EDUARD v. HOFMANN i Wien uppmärksamgjord på dessa förhållanden, utarbetade jag under den tid, jag under förra delen af förlidet år vetenskapligt arbetade på hans institution, en till belysning af denna fråga egnad statistik på grundvalen af det rika material, som finnes samladt i nämnda institutions obduktionsberättelser, hvilka senare professor v. HOFMANN med kändt, utmärkt tillmötesgående stälde till mitt oinskränkta förfogande.

Det var dock min mening att icke framlägga denna statistik annat än i samband med en utförligare behandling af den kroniska endarteriten i dess förhållande till plötslig död, och hvartill jag äfven hos prof. v. HOFMANN lyckades erhålla ett synnerligen godt material.

Flere omständigheter hafva emellertid gjort, att jag, åtminstone för tillfället, nödgats afstå från förverkligandet af denna min plan, och här måste nöja mig med att närmare behandla endast tvänne af de frågor, med hvilka jag, beträffande detta ämne, sysselsatt mig.

Till en början skall jag sålunda meddela resultaten af mina *statistiska studier* från ofvan nämnda källor och därpå i ett särskildt syfte närmare granska en del af mig vid obduktionsbordet iakttagna fall af *plötslig död, beroende på kronisk endarterit i hjärtats kransarterer och vid deras mynningar i aorta.*

II.

Med utarbetandet af den statistik, jag här går att meddela, har jag i första rummet åsyftat att erhålla ett på större siffror grundadt *uttryck för den enligt erfarenheten framskjutna ställning, som den kroniska endarteriten intager bland andra naturliga orsaker till plötslig död*, och att likaledes med siffror söka närmare bestämma *den relation, uti hvilken de växlande sätt, på hvilka döden genom den i fråga varande processens betingelser plötsligt inställer sig, uppträda i förhållande till hvarandra.*

Men beskaffenheten af det material, som jag blifvit i tillfälle att bearbeta, har dessutom gjort detta användbart för en del andra, mera speciela och med de förut nämnda i samband stående, intressanta, statistiska beräkningar, om hvilka jag strax skall tala.

Innan dess dock några ord om den allmänna beskaffenheten af materialet och den därpå bygda statistiken.

Att materialet varit synnerligen rikligt torde utan vidare påpekande tydligt framgå ur det följande. Däremot bör det här särskildt framhållas, att de vid obduktionstillfällena alltid gjorda beskrifningarna, om också stundom något mera kortfattade, än hvad som i och för ett specialstudium kunde anses önskvärdt, dock i regel bära prägel af det omsorgsfulla sätt, hvarpå obduktionerna å den rättsmedicinska institutionen i Wien alltid verkställas samt utmärka sig genom ett särskildt uppmärksammande af förekommande kärlförändringar. Då vidare i de allra flesta fall obduktionsberättelserna dikterats af prof. v. HOFMANN själf eller, oftast under hans öfverinseende, af institutionens assistent, så erbjuda de samma därjämte i det hänseendet en mycket god homogenitet och trygghet för, att samma, vid de olika obduktionstillfällena iakttagna patologiska förändringar blifvit på enahanda sätt bedömda och beskrifna. Men därtill kommer ännu en omständighet, som är egnad att skänka ett särskildt intresse åt i fråga varande material. Då nämligen, på grund af vissa bestämmelser angående likväsendet i Wien, alla, hvilka inom självfva stadskommunen (die Stadtgemeinde) dött en i förut anförd, rättsmedicinsk mening plötslig död, skola obduceras af ofvan nämnde herrar rättsläkare [1]), kommer naturligen antalet af de under sådana förhållanden på en viss tidsperiod obducerade att, åtminstone i den mon sagda bestämmelser efterlefvas, något som i förbigående sagdt lär ske på ett tillfredsställande sätt, motsvara deras antal, som under samma tid i detta samhälle plötsligt aflidit. Under sådant förhållande, och då samtliga de från dessa obduktioner- förda protokoll sedan många år tillbaka samlas och bevaras på rättsmedicinska institutionen, är det lätt att inse, hvilken betydelse dessa protokoll måste ega såsom underlag

[1]) Undantag härifrån göra endast tvänne sjukhus: »Rudolf-Stiftung» och »Wieden», hvarest förekommande »sanitätspolizeiliche» sektioner å på dessa sjukhus aflidna få verkställas af andra vederbörande. Jmfr Verordnungen und Einrichtungen betreffend das Leichenwesen der Stadtgemeinde Wien, dargest. von G. SCHMID und E. KAMMERER. Wien 1882.

för ett statistiskt arbete öfver plötslig död i rättsmedicinsk mening.

Alt detta oaktadt, och beroende af en helt annan omständighet, har dock upprättandet af denna statistik varit förenad med en viss vansklighet, som, det erkännes, strängare vetenskapligt sedt, möjligen torde kunna stämplas såsom en svaghet hos den samma.

Jag syftar nämligen här på svårigheten, för att icke säga omöjligheten, af att i *hvarje* gifvet fall med full säkerhet kunna utesluta möjligheten för, att de kärlförändringar, ur hvilka döden befunnits hafva på ett eller annat sätt framgått, i själfva verket varit betingade af en annan kärlsjukdom än den *kroniska endarterit*, som liktidigt med dessa förändringar iakttagits, huru påfallande det kausala sambandet med den sist nämnda processen för den makroskopiska undersökningen än må hafva synts.

Då jag längre fram något mera återkommer till detta förhållande, torde det tillåtas mig att till belysning af, hvad jag här närmast åsyftar, endast anföra ett exempel och att såsom sådant välja bestämmandet i ett gifvet fall af 'etiologin för ett brustet, vanligt, spontant aortaanevrism på grund af den makroskopiska bild, det samma företer.

De ateromatösa förändringarna må i detta fall vara huru starkt som hälst uttalade, så skulle det dock enligt den, som bekant i första rummet genom KÖSTER [1]) representerade åsigten, vara principielt oriktigt att tala om *endarteritiska* förändringar såsom det primära uti den befintliga och till anevrismbildning gångna kärlsjukdomen. Dessa förändringar vore nämligen enligt denna åsigt att uppfatta uteslutande såsom sekundära efter en i media etablerad process af likartadt slag, en *mesarteritis*, hvilken också, oberoende af endarteriten, bure skulden till anevrismets bildning. Men äfven oafsedt att så, om också icke i regel, så dock stundom kan vara fallet, måste det erkännas, att det icke alltid låter sig göra att fullkomligt tillbakavisa föreställningen om ett mer eller mindre tillfälligt sammanträffande utaf kroniska endarteritiska kärlförändringar och ett anevrism, betingadt af med dessa icke identiska, fastän såsom skiljaktiga icke för sig demonstrerbara förändringar.

---

[1]) KÖSTER, Sitzungsber. der niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn, 19 Jan. och 20 Dec. 1875.

Af det sagda framgår, att invändningar möjligen kunna göras mot det vetenskapligt befogade uti att, såsom i min statistik skett, hänföra alla brustna spontana anevrism å aorta eller dess större grenar, under samtidigt för handen varande utpreglade arteriosklerotiska förändringar i dessa kärl och saknad af hvarje annan märkbar anledning till anevrismbildning, till de genom kronisk endarterit betingade dödsfallen.

Dessa invändningar, och särskildt de, hvilka från KÖSTERS ståndpunkt kunna riktas mot detta tillvägagående, skulle möjligen förlorat största delen af sin betydelse, i den händelse att såsom den betingande dödsorsaken i dessa fall antagits och uppstälts icke den kroniska *endarteriten*, utan en kronisk *arterit*. Emellertid har jag icke ansett det från vetenskapens nuvarande ståndpunkt sedt, och i hvilket hänseende jag tillåter mig att hänvisa till flere af våra moderna patologiska anatomers, såsom BIRCH-HIRSCHFELDS, ORTHS, ZIEGLERS[1]), ställning till frågan om arteriosklerosens betydelse i och för anevrismbildning, nödigt eller ens riktigt, att med hänsyn till i fråga varande fall på nyss antydda eller annat sätt vidga sjukdomsbilden. Men äfven för andra fall, än det som här anförts såsom ett exempel, är det med stöd af erkände forskares, icke i öfvertygande grad vederlagda åsigter, som jag fasthållit vid sjukdomsbegreppet kronisk endarterit och i min statistik tilldelat denna process och dess följder en rol, som från en del andra forskares sida åtminstone i vissa stycken icke kommer de samma till del.

Altnog, de invändningar, hvilka, som sagdt, häremot möjligen kunna göras, tror jag kunna tillbakavisas under påpekande af, att de inkast, hvilka i ett eller annat hänseende blifvit gjorda mot den sedan gammalt antagna suveräna ställningen af arteriosklerosen såsom kronisk kärlsjukdom ännu icke blifvit vederbörligen sanktionerade, och att under alla förhållanden en statistik, uppbygd på förutsättningen om denna ställning, bör kunna lemna en god belysning åt den stora och beaktansvärda betydelse såsom orsak till plötslig död, hvilken tillkommer den patologiska process (möjligen processer), som för den makroskopiska iakttagelsen vid obduktionsbordet ter sig under den för alla välbekanta *bilden* af endarteritis chronica deformans. Dock nog härom.

---

[1]) Jmfr. respektive läroböcker i patol. anatomi. Jmfr. äfven MARCHAND i Eulenburgs Real-Encyclopädie, bd IV, 1880, s. 565—567.

Jag nämnde nyss, att jag i min statistik till behandling upptagit några mera speciela, i samband med den kroniska endarteritens allmänna betydelse som dödsorsak stående frågor. Dessa äro hufvudsakligen följande:

Inför det förhållandet att det är en allmänt hyllad åsigt, att den kroniska endarteriten oftare angriper män än kvinnor, bör det utan tvifvel vara af intresse att få den frågan besvarad, *huru det på siffror grundade förhållandet mellan manliga och kvinliga genom lidandet betingade plötsliga dödsfall gestaltar sig.*

Vidare, och i samband med den likaledes allmänna uppfattningen, att den sjukliga processen i fråga *företrädesvis* förekommer i den framskridna åldern, ja i somliga fall måhända mindre är att betrakta som en patologisk process än som en yttring af den allmänna senila involutionen, framställer sig tämligen otvunget till besvarande den frågan: I hvad mon talar en större mängd plötsliga dödsfall i lidandet för att detta »företrädesvis» är sant? och *huru ter sig till belysning däraf en på dessa fall med hänsyn till de olika åldersklasserna, upprättad dödlighetsstatistik?*

Visar vidare *denna dödlighetsstatistik öfverensstämmande förhållanden för det manliga och för det kvinliga könet?*

Beträffande åter den omordade patologiska processens *etiologi* i mera *inskränkt* bemärkelse, hvilken, man kan godt säga det, ännu om ej helt och hållet, så dock till allra största delen är fotad endast på sannolikhetens och hypotesernas osäkra mark, torde man måhända, med hänsyn till *möjligheten af att någon samhällsklass vore särskildt hemsökt eller något visst yrkes utöfvare framför andra mera utsatta för lidandet*, genom en större sammanställning utaf till samhällsklass och yrken bekanta fall af på grund af lidandet orsakad plötslig död kunna hemta någon lärdom i en eller annan riktning.

För ett mera ingående studium åter af den kroniska endarteritens etiologiska förhållanden var det material, jag här bearbetat af tämligen obetydligt värde, då de anamnestiska uppgifterna i de flesta fall inskränka sig till kortare meddelanden företrädesvis om hälsotillståndet strax före döden och förloppet vid dödstillfället. [1])

---

[1]) I ett ej obetydligt antal af de mellan 6—700 fall, hvilkas obduktionsberättelser jämte reciter jag genomgått, förekommo emellertid upplysningar beträffande bruket under lifvet af spritdrycker. Min erfarenhet från dessa fall talar dock på intet sätt för riktigheten af att, såsom en del författare göra, till-

Icke utan intresse torde det slutligen vara att lära känna huruvida och i hvad mon de plötsliga dödsfallen genom kronisk endarterit visat sig på något mera konstant sätt *påverkade af de olika årstidernas växlingar.*

Det är, som sagdt, hufvudsakligen på nu anförda spörsmål, som jag sökt svar i obduktionsberättelserna på Wiens rättsmedicinska institution. Huru dessa svar utfallit skall åter af det följande framgå.

Under tiden från den 1:ste januari 1879 till den 1:ste juni 1886 förrättades på nyss nämnda institution något mer än 5,500 obduktioner (barn och vuxna), af hvilka något mer än 1,000 voro s. k. landesgerichtliche eller rättsmedicinska i inskränkt bemärkelse, de öfriga s. k. sanitätspolizeiliche, eller närmast motsvarande våra i Stockholm af polisen i och för utrönande af den föreliggande dödsorsaken beordrade obduktioner.

Detta stora material har jag dock, såsom det skall synas, endast delvis bearbetat, då jag i och för ett par detaljfrågors skull genomgått samtliga de under sagda tid förekomna, till dessa frågors belysning, tjänliga fall. För alla öfriga statistiska beräkningar åter ligger materialet från femårsperioden 1 juni 1881 till 1 juni 86 ensamt till grund.

Under sist nämnda tid voro obduktionerna 4,018, eller 3,272 »sanitätspolizeiliche» och 746 »landesgerichtliche», båda slagen omfattande äfven här såväl barn som vuxna. Då emellertid bland barnobduktionerna, såsom man kunnat vänta, icke finnes något fall, egnadt att lemna bidrag till den här i fråga varande statistiken, så har det icke mött något hinder, och i en bättre öfverskådlighets intresse äfven synts mig lämpligt, att vid beräkningen af det förhållande, som i det följande i första rummet gjorts till föremål för granskning, eller *den kroniska endarteritens ställning i förhållande till andra naturliga orsaker till plötslig död*, ifrån jämförelse i sist nämnda hänseende utesluta orsakerna till den alt annat än sällan förekommande plötsliga döden hos barn, hvilka orsaker, som bekant, i regel äro helt andra än de som förekomma hos vuxna. Genom att sålunda ur ofvan stående båda grupper utgallra alla fall under 14 år, torde jag på samma gång erhållit en tämligen naturlig gräns för den

---

erkänna den kroniska alkoholismen någon mera väsentlig betydelse i och för uppkomsten af det i fråga varande lidandet, om jag också icke är i tillfälle att likt LANCEREAUX (Gazette des hôpitaux 1884, n:r 44) kunna visa hän på ett hundratal sektioner af alkoholister, utan att bland dessa mer än *en* gång hafva anträffat arterioskleros i någon större utbredning.

åldersklass, jag velat afskilja, då nämnda tidsskede, skematiskt taget, bör kunna betraktas som barnaålderns öfre gräns.

Då nu bland de »sanitätspolizeiliche» obduktionerna 1,370 tillhöra senast nämnda åldersklass, återstå sålunda 1,902 under sagda 5-årsperiod verkstälda obduktioner å individer öfver fylda 14 år.

Bland de »landesgerichtliche» åter finnes, sedan man där frånskilt de ganska talrika *barn*obduktioner, vid hvilka den plötsliga döden befunnits framkallad af naturliga orsaker, knappast mera något fullt rent fall af naturlig plötslig död, hvadan från detta håll icke några statistiska bidrag kunnat erhållas.

Bland de nämnda 1,902 fallen af öfver 14 års ålder förekomma emellertid 852, i hvilka, såsom en granskning af bifogade upplysningar om förhållandena före och vid dödstillfällena samt af fynden vid obduktionerna gifver vid handen, den naturliga döden varit plötslig.

I icke mindre än 635 af dessa åter har vid obduktionen dödsorsaken befunnits vara endarteritis chronica deformans i någon af dess letala utgångar. De genom denna patologiska process betingade plötsliga dödsfallen ställa sig sålunda enligt denna beräkning till de af andra förändringar orsakade nära nog i förhållandet af 3 : 1 eller utgöra, närmare bestämdt, 74,5 % af alla plötsliga naturliga dödsfall efter det 14:de lefnadsårets slut.

Hurudant förhållandet i detta hänseende varit under olika skeden af 5-årsperioden synes af följande tabell.

Tidsperiod [1]	Plötsliga dödsfall.	Genom kr. endarterit.	%-förhållande
1/6 81—1/6 82	170	126	74,1
1/6 82—1/6 83	179	134	74,9
1/6 83—slut 83	107	77	71,9
1884	162	128	79,0
1885	157	113	71,9
1/1 86—1/6 86	77	57	74,0
1/6 81—1/6 86	852	635	74,5

[1]) Tidsindelningen i denna kolumn har jag måst lämpa efter från Wien hemförda anteckningar, hvilka icke tillåtit en annan, måhända lämpligare uppställning.

Det framgår häraf, att den omordade relationen under ofvan stående tidsperioder endast 1884 öfverskridit 75 %, och att den samma för öfrigt växlat mellan 71,9 och 74,9 %.

Skulle man, på grund af hvad som förut anförts, beträffande de inom stadskommunen Wien författningsenligt konstant förekommande obduktionerna å plötsligt aflidna, anse det berättigadt att med ledning af det ofvan erhållna talet 635 anställa en beräkning öfver de genom kronisk endarterit betingade plötsliga dödsfallens fördelning på detta samhälles folkmängd, så har man, alt under förutsättning af en approximativ bestämning, naturligen blott att fördela nyss nämnda summa fall på 5 år, hvilket gör 127 fall om året, och slutligen fördela dessa senare på innevånareantalet. Då detta senare inom i fråga varande område, enligt folkräkningen d. 31 dec. 1880, tillsammans med därvarande garnison, uppgick till 726,105 personer, så blir sålunda resultatet af denna beräkning, att årligen 1 fall förekommit på ungefär 5,700 innevånare. Härvid är emellertid att märka, att detta förhållande endast gäller beträffande de fall, i hvilka döden varit i rättsmedicinsk mening plötslig, och att sålunda förutom dessa möjligen ett större eller mindre antal af genom samma anledning orsakade plötsliga dödsfall förekommit, hvilka dock på grund af vederbörandes kännedom om dödsorsaken ej kommit till sektion.

Efter att sålunda den frågan blifvit behandlad, åt hvilken jag gifvit första rummet i min statistik, skall jag nu gå att söka bestämma *den relation, uti hvilken de, som bekant, olika sätt, på hvilka döden, såsom en följd af kronisk endarterit, plötsligt inträder, stå till hvarandra.* Men dessförinnan torde jag dock böra nämna några ord till förklaring och stöd för den indelning, jag med hänsyn till i fråga varande olika sätt gjort af materialet.

Jag anför emellertid bäst redan här denna indelning. Den samma räknar 5 grupper.

Till den *första* af dem har jag hänfört de fall, i hvilka döden inträdt genom *hjärtförlamning*, och denna senare kunnat betraktas såsom orsakad af genom en kronisk endarteritis åvägabragta förändringar med eller utan affektion af aortamynningens valvler. (Ifrån denna grupp äro alla de fall af hjärt-

förlamning uteslutna, hvilka kunnat hänföras till någon af de följande grupperna.)

Den *andra* gruppen omfattar iakttagna fall af *hjärtruptur*, i hvilka det synts tillåtet att antaga ett kausalt samband mellan en föreliggande ruptur och kroniska endarteritiska förändringar i hjärtats kransarterer.

Till den *tredje* gruppen höra de, synbarligen på botten af kronisk endarterit stående fallen af brustna (icke travmatiska) *anevrism å aorta eller dess grenar*, med undantag hvad de senare beträffar för de intrakraniela artererna.

I den *fjärde* äro sammanförda fallen af s. k. *spontan aortaruptur*, inklusive *aneurysma dissecans*, under förekomsten af kroniska endarteritiska förändringar åtminstone på rupturstället.

Den *femte* gruppen slutligen omfattar alla *spontana blödningar i hjärnsubstansen och*, under för handen varande arteriosklerotiska hjärnkärlförändringar, *i hjärnans mjuka hinnor*.

Till stöd för nu anförda gruppering bör jag i första rummet nämna, att jag under noggrant genomgående af obduktionsberättelserna för tiden från 1 jan. 1879 till 1 juni 1886 bland de af arterioskleros betingade plötsliga dödsfallen icke funnit mer än ett enda, som icke obetingadt kunnat hänföras till någon af ofvan stående grupper. I detta ensamt stående fall hade nämligen dödsorsaken befunnits vara en utbredd färsk hjärnuppmjukning, beroende på en, sannolikt från den ulcererade aortas insida härstammande *embolus* i vänstra arteria fossæ Sylvii.

Redan anförandet af detta undantag torde emellertid visa, att jag med den framstälda indelningen icke syftat att uppställa något allmängiltigt skema för alla former, under hvilka den arteriosklerotiska processen öfver hufvud taget *kan* uppträda som orsak till plötslig död, utan endast sökt att på ett öfverskådligt sätt gruppera de former, hvilka jag i mitt här bearbetade material anträffat.

Om jag därvid icke lemnat en plats åt den på basen af kronisk endarterit genom *trombos* eller *emboli* orsakade plötsliga döden, så har detta skett, emedan jag af det förra slaget icke träffat något och af det senare, som sagdt är, endast ett fall, hvilket jag, ehuru det samma tillhör den femårsperiod, med hvilken jag företrädesvis sysselsatt mig, ansett kunna lemnas å sido efter det omnämnande, som här gjorts af det samma, och då den stora sällsyntheten af denna dödsorsak under här i fråga varande förhållanden torde vara påtaglig.

Hvad nu särskildt *första* gruppen, eller den hvilken representerar död genom hjärtförlamning, beträffar, så har jag, såsom synes, i den samma förenat de med aortavalvelfel komplicerade och de från en sådan komplikation fria fallen.

Ett sådant åtgörande har synts af tvänne skäl berättigadt. Det kan nämligen för det första icke gärna af någon, som närmare studerat den arteriosklerotiska processen, särskildt i dess uppträdande i början af aorta, dragas i tvifvel, att icke de i kärlväggen på grund af sagda process åstadkomna förändringarna till karakter och utveckling äro identiska med dem, som, för den makroskopiska iakttagelsen fullt likartade, i växlande styrka mycket ofta anträffas på aortas valvler, ja mången gång, om också i regel långt lindrigare, och som det synes relatift mycket sällan i betydelsefull grad samtidigt uppträda på aortafliken af mitralis. Ja, en iakttagare på detta område torde lätt kommit till den, som jag tror riktiga föreställningen, att man i nämnda valvelförändringar endast har att se en om också betydelsefull lokalisation af den process, för hvilken äfven, under de förhållanden att den samma intresserar semilunarvalvlerna, benämningen kronisk endarterit synes fullt tillåtlig och lämplig [1]).

Men härtill kommer ett annat vigtigare skäl, eller svårigheten, för att icke säga omöjligheten, af att i ett gifvet fall rätt uppskatta anatomiskt påvisbara valvelförändringars betydelse som dödsorsak.

Riktigheten af ett sådant påstående torde framgå af det resultat, till hvilket jag kommit beträffande sist nämnda förändringars förekomst och utveckling inom de till denna grupp hörande fallen från 5-års perioden 81—86. Detta visar nämligen, å ena sidan, att i, tämligen noga bestämdt, *hälften* af samtliga dessa fall ingenstädes å hjärtats valvler sådana förändringar

---

[1]) I ett, enligt beräkning till ungefär 15 % uppgående, antal af de fall, i hvilka på grund af sklerotiska förändringar å aortavalvlerna en under lifvet bestående rubbning i dessa valvlers funktionsförmåga icke kunnat uteslutas, hafva samtidigt äfven mitralisvalvlerna varit i någon mera betydelsefull grad sjuka. Då emellertid, som sagdt, aortavalvlerna i dessa fall samtidigt och oftast i ännu högre grad företett förändringar, har jag, utan att förbise möjligheten af att mitralisförändringarna i själfva verket varit måhända ensamt eller i mer eller mindre bidragande mon vållande till den letala utgången, dock på grund af omöjligheten att afgöra ett spörsmål i denna riktning, ansett det nödigt att upptaga dessa fall i min statistik, ehuru i den samma mitralisförändringarna för öfrigt icke intaga någon plats. Upplysningsvis torde jag här äfven böra nämna, att i min statistik icke ingår något fall af hjärtförlamning på grund af pulmonararterioskleros.

förefunnits, hvilka anatomiskt sedt kunna anses hafva föranledt någon rubbning i valvlernas funktion, och å den andra, att i öfriga fall, i hvilka dylika förändringar å semilunarvalvlerna anträffats, dessa förändringar varit på mycket växlande sätt representerade, erbjudande alla mellangrader från dem, hvilka till sin fysiologiska betydelse ännu måste betraktas såsom något tvifvelaktiga, upp till de högsta graderna af skrumpning och påfallande betydlig funktionsrubbning hos valvlerna.

Vanskligheten af att under sådana omständigheter noggrant uppväga den rol, hvilken i ett konkret fall för handen varande valvulära förändringar spelat vid dödens plötsliga inträde, torde ligga i tillräckligt öppen dag för att förbjuda försöket att såsom en särskild grupp i förevarande statistik uppställa *hjärtförlamning på grund af arterioskl erotiska förändringar å semilunarvalvlerna.*

Af ett ganska stort intresse skulle det däremot onekligen varit, om det låtit sig göra att i denna grupp skilja fallen med hänsyn till när- eller frånvaro af sådana förändringar i hjärtats kransarterer eller vid deras mynningar i aorta, att man med berättigande kunnat antaga, att hjärtförlamningen betingats af nämnda förändringar. En sådan åtskilnad har jag dock här icke kunnat genomföra. Ty, ehuru det i ett stort antal af de obduktionsberättelser, hvilka varit mina källor, finnes bestämda uppgifter rörande sagda arterers och deras mynningars förhållande, så saknas dock en med uppklippning förbunden *konsekvent* genomförd undersökning af dessa kärl. Då det emellertid är väl bekant, att flere omständigheter, såsom den endarteritiska processens begränsning till ett mindre område, en starkt utvecklad fettkapsel på hjärtat o. a. kunna, ja mycket ofta också verkligen lägga hinder i vägen eller alldeles omöjliggöra ernåendet af en riktig föreställning om de i fråga varande arterernas förhållande ensamt genom yttre besiktning och palpation, så har jag icke ansett mig kunna på tillfredsställande sätt genomföra den åsyftade uppdelningen, hvaraf följer, att denna grupp i sig omfattar äfven de på grund af *kronisk endarterit i hjärtats kransarterer eller vid dessas mynningar i aorta* genom hjärtförlamning betingade plötsliga dödsfallen.

Men om min statistik sålunda icke kommer att skänka någon belysning till frågan om den stora betydelsen af nu senast afhandlade orsak till hjärtförlamning, så är jag dock i tillfälle att, på grund af de undersökningar, jag i denna rikt-

ning gjort vid obduktionsbordet, och med hvilka jag delvis längre fram särskildt skall sysselsätta mig, ge en på siffror stödd antydan om detta förhållande. Sålunda kommo under den tid, jag arbetade på prof. VON HOFMANNS institution, 33 fall af, genom kronisk endarterit betingad hjärtförlamning till min undersökning. I icke mindre än 22 af dessa, eller i ⅔ af alla fallen, anträffade jag emellertid vid noggrant studium af hjärtats egna kärl i dessa eller vid deras ostia i aorta sådana förändringar, att jag, med öfvervägande af alla omständigheter, ansåg det fullt befogadt att till dessa förändringar förlägga grundorsaken till den plötsligt inträffade hjärtparalysin.

Af den nu anförda relationen torde det sålunda vara berättigadt att uppställa i fråga varande arteriosklerotiska förändringar i första rummet bland dem, hvilka leda till plötslig död genom hjärtförlamning.

Först det andra rummet torde åter kunna tillerkännas aortavalvelfelen. Jag har angående dessa förut nämnt, att det i ungefär hälften af alla här på tal varande fall af hjärtförlamning, hvilka finnas antecknade i obduktionsberättelserna från femårsperioden 1 juni 1881—1 juni 1886, å aortavalvlerna träffats arteriosklerotiska förändringar af sådan beskaffenhet, att de samma i mer eller mindre mon gifvit stöd för antagandet, att en bristande funktion (i regel insufficiens) hos dessa valvler under lifvet förefunnits. Och om också, såsom mycket sannolikt, den förnämsta orsaken till hjärtförlamning i en icke obetydlig del af dessa fall varit att söka i en kransarterskleros, så ställa dock såväl andras som min egen erfarenhet det utom alt tvifvel, att i fråga varande valvulära förändringar spela en mycket vigtig rol i detta hänseende.

Nu anförda båda lokalisationer af den kroniska endarteritiska processen, nämligen *kransarter*sklerosen, med inbegrepp af sklerotiska förändringar vid kransarterernas aortamynningar, samt *aortavalvelsklerosen* dominera visserligen i hög grad betydelsen af denna process såsom orsak till hjärtförlamning. Dock förekomma som bekant icke så alldeles sällan fall, och sådana ingå äfven i min statistik, i hvilka ingendera af dem äro, åtminstone i någon mera nämnvärd grad, representerade.

Uti dessa fall är det företrädesvis 2:ne relatift oftare förekommande omständigheter, som synas ega en ödesdiger betydelse för hjärtat, nämligen å ena sidan en utbredd *perifer arterioskleros* och å den andra en betydande, vanligen diffus

utvidgning af aorta ascendens, hvilken utvidgning, oafsedt det inflytande den kan komma att utöfva på läget af kransarterernas mynningar, icke sällan, och såsom jag upprepade gånger varit i tillfälle att iaktaga, leder till rätt betydande *relativ insufficiens af aortavalvlerna.*

Det torde väl slutligen knappast behöfva sägas, att de lokalisationsformer af den kroniska endarteriten, hvilka jag genom det ofvan anförda framhållit, ofta samtidigt förekomma, och att det i sådant fall icke alltid är möjligt att afgöra, hvilkendera som utöfvat det mest ödesdigra inflytandet. —

Hvad nu åter den i *andra* rummet uppstälda gruppen af plötsliga dödsfall beträffar, så torde det böra framhållas, att där under benämningen hjärtruptur äfven ingå 2:ne fall af brustet kroniskt hjärtanevrism.

Redan vid ett föregående tillfälle har jag anfört de motiv, som för mig varit de bestämmande vid sammanställningen af de till den *tredje* gruppen hörande fallen, eller anevrismen å aorta och dess grenar med undantag af de intrakraniela artererna. Jag vill här endast tillägga, att ett af de skäl, hvilka anförts (KÖSTER)[1]) mot sannolikheten af, att anevrismen i regel skulle framgå ur den kr. endarteritiska processen, nämligen de förras vanligaste förekomst under en tidigare lefnadsperiod än den, hvarunder den senare kommer till utveckling, af flere skäl[2]) icke lär kunna anses såsom bindande och ändtligen måste förlora alt värde, om, såsom det synes och af det följande torde framgå, detta skäl saknar tillräckligt stöd i ett oomtvistligt sakförhållande.

Från den tredje gruppen och till den *femte* hafva anevrismen å de intrakraniela artererna blifvit öfverförda, då det synts mig praktiskt att i en grupp sammanfatta de fall, i hvilka den närmaste dödsorsaken varit en intrakraniel blödning.

Af den förut gifna bestämningen på de till sist nämnda grupp hopförda fallen framgår emellertid, att jag icke kunnat utesluta

---

[1]) Jämfr. P. VOGT i Eulenburgs Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde 1880, artikel Aneurysma s. 297.

[2]) Jämfr. QUINCKE. Krankheiten der Gefässe, s. 396, v. ZIEMSSENS Handbuch bd VI, 1879 och ORTH. Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. Berlin 1883, s. 247.

möjligheten af att bland dem måhända flere eller färre ingå, hvilka vid ett förutsatt närmare, framför alt mikroskopiskt studium af de till grund för blödningarna liggande kärlförändringarna, icke skulle visat sig hänförliga till de genom kronisk endarterit betingade dödsfallen. Detta torde dock närmast gälla för de spontana blödningarna i hjärnsubstansen, då vid dem af tämligen naturliga skäl endast undantagsvis den besvärliga och tidsödande undersökningen af de finare hjärnkärlens förhållande iakttagits vid eller efter obduktionen, och då däremot vid de meningeala blödningarna artererna alltid varit mer eller mindre höggradigt förändrade på ett för den kroniska endarteriten makroskopiskt kännetecknande sätt.

Då emellertid, såsom jag förut en gång varit i tillfälle att framhålla, den kroniska endarteritens fullt dominerande betydelse såsom orsak till spontana hjärnsubstansblödningar eger erkände målsmän (Zenker, Eichler, Marchand), så, och ehuru andra forskare i denna fråga intaga mer eller mindre skiljaktiga ställningar, har jag på vetenskapens nuvarande ståndpunkt funnit det tillåtet, att i en statistik, hvars syfte är att i så omfattande grad som möjligt framhålla den nämnda processens betydelse såsom orsak till plötslig död, upptaga de fall af spontan hjärnblödning, i hvilka döden varit af nyss nämnda beskaffenhet[1]).

---

[1]) Då det torde vara på sin plats, skall jag här i korthet erinra om det vetenskapliga läget af den fråga, hvarom nu är tal. Jag lånar för sådant ändamål den korta resumé af de nyare åsigterna, beträffande etiologien för de spontana hjärnblödningarna, hvilken Löwenfeld gjort i sitt förra året utgifna arbete, *Studien über Ätiologie und Pathogenese der spontanen Hirnblutungen, Wiesbaden 1886, s. 31.* Efter de respektive forskarnes namn har jag för bättre öfversigts vinnande angifvit tiden för deras arbetens offentliggörande, men får för öfrigt beträffande dessa arbeten för korthets skull hänvisa till de noggranna historiska notiserna i Löwenfelds bok.

I sin resumé yttrar L.: »Nach den einen (Charcot und Bouchard (1868), Eichler (1878), wie es scheint auch Roth (1874) und Arndt (1878)) kommt die Blutung nur durch Bersten von Mil. an. zu Stande. Nach den anderen (Weiss 1869, Hammond (1876), Rindfleisch (1878), Turner (1882), Ziegler (1886), vielleicht auch Obersteiner (1884)) kann die Hämorrhagie auch anderen Ursprungs sein, i. e. aus nicht aneurysmatisch erweiterten, aber sonst erkrankten Gefässen erfolgen. Bezüglich der Genese der Mil. an. stehen sich ebenfalls mehrere Ansichten gegenüber. Die ausschliessliche Entstehung derselben durch endarteristische Processe vertreten Zenker (1872) Eichler und Marchand (1880); die theilweise Verursachung auf diesem Wege Weiss und Ziegler.

Charcot und Bouchard, dessgleichen Turner leugnen dagegen jede causale Beziehung der Mil. an. zu atheromatösen Veränderungen und bringen dieselben mit einer eigenthümlichen Arteritis (resp. Periarteritis) in Zusammenhang. Diese soll nach Charcot und Bouchard secundär eine Atrophie der Muscularis herbeiführen, welche die Bildung der Mil. an. zunächst bedingt. Eine ähnliche Anschauung vertritt theilweise auch Kromeyer. Dagegen

Efter dessa anmärkningar går jag nu att meddela en tabellarisk öfversigt, hvilken torde skänka lämplig belysning åt den sökta relationen mellan de dödliga utgångar af den kroniska endarteriten, om hvilken jag i det föregående talat. Jag har af skäl, som af det följande skola framgå, funnit lämpligt att dessutom i denna tabell gifva uttryck åt förhållandet mellan de inom de respektive grupperna döda män och kvinnor.

Tidsperiod.	Död genom									
	1. Hjärtförlamning		2. Hjärtruptur		3. Brustet anevrism		4. Aortaruptur		5. Intrakran. blödning	
	m.	kv.	m.	kv.	m.	kv.	m.	kv.	m.	kv.
1/6 81—slut 81	37	18	—	2	7	—	—	—	6	8
1882	52	31	1	0	13	4	1	—	8	12
1883	55	40	2	1	6	4	4	3	7	14
1884	64	32	2	1	7	1	1	2	7	11
1885	53	22	2	3	8	1	1	2	8	13
1/1 86—1/6 86	30	17	1	—	4	—	1	1	2	1
1/6 81—1/6 86	291	160	8	7	45	10	8	8	38	59
Män och kvinnor	451		15		55		16		97	

Af denna tabell framgår, för att till en början endast fästa afseende vid hvad den samma lärer om relationen de särskilda dödsorsakerna emellan, att i 634 fall af plötslig död genom kronisk endarterit dödsorsaken i

erachten ROTH, ARNDT und BIRCH-HIRCSHFELD eine *primäre* Erkrankung der Muscularis in allen Fällen als das Wesentliche für die Genese der Mil. an., was ZIEGLER hinwiederum nur für einen Theil dieser Gebilde annimmt. RINDFLEISCH endlich macht die Entstehung der Mil. an. von eigenthümlichen Wucherungsprocessen abhängig.»

LÖWENFELD själf ser i miliaranevrismet, hvilket för öfrigt icke saknats i något af de fall, han undersökt, den vanligaste, ehuru icke den enda orsaken till spontana hjärnblödningar. Han synes dock icke vilja tillerkänna den ateromatösa processen någon betydelse i och för uppkomsten af nyss nämnda bildningar (s. 73, 75), under det att det emellertid synes svårt att i hans arbete finna öfvertygande skäl för den slutsats, han i detta hänseende ansett sig berättigad att draga (jmf. yttranden å s. 65, 69, 80, 85).

I de fall åter, att hjärnblödningen ej betingas genom bristning af miliaranevrism, tillskrifver LÖWENFELD den ateromatösa processen en mycket verksam rol i och för uppkomsten af kärlruptur. —

451	fall	eller	71,1 %	varit	hjärtförlamning,
15	»	»	2,4 %	»	hjärtruptur,
55	»	»	8,7 %	»	bristning af ett anevrism å aorta eller någon af dess grenar, de intrakraniela artererna undantagna,
16	»	»	2,5 %	»	aortaruptur (inkl. aneur. dissecans) samt i
97	»	»	15,3 %	»	intrakraniel blödning.

I förhållande åter till antalet af alla de under i fråga varande femårsperiod af skilda naturliga orsaker inträffade plötsliga dödsfallen, hvilka, enligt föregående anförande, utgjorde 852, erhållas följande procenttal:

hjärtförlamning	52,9 %
hjärtruptur	1,7 »
anevrism å aorta o. s. v.	6,4 »
spontan aortaruptur o. s. v.	1,9 »
intrakraniel blödning	11,3 »

Hvad som särskildt vid första granskningen af dessa förhållanden möjligen kan synas något öfverraskande är den relatift höga siffra, af hvilken de intrakraniela blödningarna här äro representerade. Det är nämligen väl bekant, att under det att döden vid hjärtförlamning endast undantagsvis föregås af någon längre agoni och i en stor del fall uppträder i den mest typiska form, hvarunder den plötsliga döden öfver hufvud taget inställer sig, de nämnda blödningarna endast relatift sällan [1]) betinga en i nyss antydda, allmänt fysiologisk och patologisk mening plötslig död.

Man torde dock erinra sig, att i de fall af hjärnblödning, hvarom här är fråga, döden icke med nödvändighet förutsatts såsom plötslig i nyss anförda bemärkelse utan närmast kännetecknats af de karakterer, hvilka blifvit framhållna såsom utmärkande för den i rättsmedicinsk mening plötsliga döden.

---

[1]) I 15 fall af hjärnhinneblödning, (»hémorrhagie de la pie mère») fann DURAND-FARDEL blott 1 plötslig död; i 4 andra inträffade döden inom några timmar och i 3 inom ett dygn. Af 139 fall af hjärnblödning åter fann samma for skare endast 1, i hvilket döden inträdde inom 5 min., i 5 andra inträdde döden inom 1—2 timmar, i 14 inom 4—10 t., i 5 inom 12 t. I öfriga fall af förra och senare slaget inträdde döden senare. *M. Durand-Fardel. Traité pratique des maladies des vieillards.* Paris 1873, s. 174 och 234.

Detta senare oaktadt, visar en undersökning beträffande den tid, inom hvilken döden efter insultens uppträdande i dessa fall inträffat, att den i vanlig mening plötsliga döden här varit långt ifrån sällsynt. Visserligen är jag icke, på grund af ett ledsamt förbiseende vid protokollsutdragens upprättande för de två första åren af den femårsperiod, från hvilken dessa fall äro hemtade, i tillfälle att för mer än de tre senare åren af den samma lemna några uppgifter beträffande detta förhållande. I de ungefär 50 fall af intrakraniel blödning, hvilka infallit under denna tid, finnas dock endast för 30 mera bestämda och, såsom det är att antaga, tillförlitliga uppgifter om den hastighet, med hvilken döden inträdt.

I dessa 30 fall hafva emellertid följande tidsbestämningar blifvit antecknade:

plötsligt[1]	15 gånger,
5 minuter	1 gång,
några minuter	2 gånger,
15 minuter	1 gång,
2—3 timmar	2 gånger,
några—5 timmar	6 gånger,
7, 12 och 18 timmar — hvardera —	1 gång.

Beträffande den vid de särskilda tillfällena iakttagna lokalisationen för blödningen, hvilken lokalisation särskildt i de plötsliga dödsfallen torde vara af intresse att känna, kommer jag något längre fram att uppehålla mig vid frågan därom.

Under det att de nyss funna procenttalen för öfrigt må föra sin egen talan, vill jag endast ytterligare påpeka, hurusom de samma på ett visserligen icke öfverraskande, dock synnerligen demonstratift sätt ådagalägga den, senast af KISCH[2]) betonade, stora sällsyntheten af hjärtrupturerna såsom orsak till plötslig död.

Visserligen har vid samlandet af ofvan anförda 15 fall hänsyn tagits endast till rupturens etiologiska samband med en kronisk endarteritisk process. Men då det förutom dem, uti hvilka ett sådant samband varit uppenbart, icke förekommit något fall af vare sig ruptura cordis eller hjärtanevrismbristning, kunna naturligen dessa 15 fall utan vidare omständigheter

[1]) I 4 af dessa fall förekommer tidsbestämningen »inom några ögonblick», och i andra 4 säges, att döden inträffat »efter kort illamående».

[2]) H. KISCH. Berliner kl. Wochenschrift 1886, n:r 8, sid. 118.

läggas till grund för en beräkning, beträffande den ställning, som bland andra orsaker till plötslig naturlig död tillkommer hjärtrupturen.

Då det emellertid, såsom af det följande torde framgå, och såsom nyss på tal om hastigheten af de intrakraniela blödningarnas förlopp blifvit antydt, icke saknar intresse att taga en närmare kännedom om de mera detaljerade *lokalisationsförhållandena* inom de 4 senare af här uppstälda grupper, skall jag här närmast egna dessa förhållanden en kort granskning.

För att dock skänka något större värde åt en sådan har jag ökat de under femårsperioden förekomna fallens antal inom 2:dra, 3:dje och 4:de grupperna med antalet af dem, som inom resp. grupper förekommit under tiden 1 jan. 1879—1 juni 1881 samt inom 5:te gruppen, där en större tillökning synts mindre nödig, med dem från tiden $^1/_6$1880—$^1/_6$1881.

Mitt här nedan i anförda syfte behandlade material kommer efter denna tillökning att omfatta: 18 hjärtrupturer, 74 utom kraniet belägna brustna anevrism, 19 aortarupturer och 113 intrakraniela blödningar.

Hvad de först nämnda eller *hjärtrupturerna* beträffar, så hafva de 3:ne fall, hvilka ökat de sammas antal, icke tillfört dem något nytt fall af hjärtanevrism, hvadan sålunda fortfarande endast 2:ne rupturer af sist nämnda slag förekomma. I båda dessa hade emellertid anevrismet utgått från den vänstra kammaren och i det ena från mellersta delen af vänstra hjärtranden. I öfriga 16 fall hade rupturen direkt intresserat självfva muskulaturen af hjärtat och i 15 den vänstra kammarväggen däraf. I 3 af dessa senare var rupturen belägen i spetsen, i 5 i främre väggen nära spetsen, i 4 i bakre väggen och i 3 ungefär i midten af vänstra hjärtranden. I ett fall slutligen fans en ruptur i bakre delen af kammarseptum.

Anevrismen åter hafva företett följande lokalisation:

aorta ascendens	47	fall,
arcus aortæ	6	»
samtidigt på båda	3	»
aorta thoracica descendens	15	»
aorta abdominalis	1	»
arteria subclavia sin.	1	»
arteria lienalis	1	»
	74	fall.

Det torde förtjäna omnämnas, att af de 47 anevrismen å ascendens i 17 fall anevrismets nedre gräns gick i jämnhöjd med eller nedåt öfverskred öfre begränsningen för sinus Valsalvæ, och att i 13 af de 15 anevrismen å thoracica descendens anevrismet började vid eller strax nedom insertionen för ligamentum arteriosum.

De här anförda fallen af anevrism utgöra naturligen af lätt insedda skäl endast en större eller mindre del af de dödsfall, som i Wien under den tid, från hvilken de hemtats, förekommit till följd af det i fråga varande lidandet, hvarjämte den omständigheten, att i samtliga fallen dödsorsaken före obduktionen varit obekant, icke gör det oantagligt, att anevrism, hvilka för den fysikaliska undersökningen under lifvet varit lätt åtkomliga, ibland de samma äro proportionsvis fåtaligt representerade. Emellertid företer denna samling, beträffande lokalisationsförhållandena i aorta, så pass stor olikhet med andra, oberoende af den här iakttagna hänsynen till dödssättets art, gjorda statistiska sammanställningar och särskildt med en för icke längesedan offentliggjord sådan af C. M. RICHTER[1]) (San Francisco), att jag anser mig böra, huru underlägsen min statistik, hvad beträffar fallens antal än är hans, i korthet påvisa dessa skiljaktigheter. De samma framgå af nedan stående tabell, i hvilken jag

Anevrismets plats.	Från Wien.	WILLIGK.[2])	LEBERT.[3])	CRISP.[4])	MYERS.[5])	RICHTER och SOULE.[6])
Aorta ascendens	47	17	20	98	37	8
Arcus aortæ	6	15	27	48	38	58
Å båda samtidigt	3	5	—	—	—	—
Aorta thorac. descendens	15	2	9	21	19	45
Aorta abdominalis	1	1	9	Ej uppgift.	15	26
	72	40	65	167	109	137

[1]) C. M. RICHTER. Zur Statistik der Aneurysmen, besonders der Aortaaneurysmen, sowie über die Ursachen derselben. v. Langenbecks Archiv, bd. XXXII, h. 3 1885, s. 542 - 562.

[2]) WILLIGK (Prag) anförd efter A. DUCHEK. Die Krankheiten des Herzens, des Herzbeutels und der Arterien. Erlangen 1862, s. 238.

[3]) LEBERT. Krankheiten der Gefässe. Virchows Handbuch der Pathologie, 1855 sid. 15.

[4]) CRISP anförd efter EICHHORST, Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie 1883, d. 1, sid. 233.

[5]) MYERS, anförd efter RICHTER, a. s., sid. 548.

[6]) RICHTER, a. s., sid. 548. En del af fallen äro samlade af SOULE.

förutom den RICHTERska och min egen till jämförelse äfven upptagit 4 äldre statistiker öfver aortaanevrismens lokalisation. De påfallande skiljaktigheterna i anevrismens lokalisation i min och den RICHTERska sammanställningen tarfva ingen utläggning. Våra statistiker öfverensstämma icke i något hänseende med hvarandra.

Närmast torde däremot min statistik komma den af CRISP på i journaler meddelade fall och på museipreparat upprättade, ehuru äfven vid denna jämförelse en väsentlig skilnad visar sig beträffande förekomsten af arcusanevrismen. Det särskildt relatift till ascendensanevrismen ringa antalet af anevrism å arcus torde för öfrigt vara det mest egendomliga uti min statistik och är, som det synes, något för den samma alldeles enastående.

Detta förhållande kan dock möjligen, oafgjordt i hvad mon, förklaras dels utaf det, som det synes, berättigade antagandet, att anevrism å arcus till följd af deras läge relatift oftare och tidigare än sådana å ascendens gifva upphof till så betydande sjukdomssymptom, att den däraf lidande kommer att ställa sig under läkareuppsigt, dels däraf, att, åtminstone såvidt min erfarenhet ger vid handen, det senare slaget af anevrism långt oftare, än hvad förhållandet är med det förra, går till bristning på ett så tidigt utvecklingsstadium, att en diagnos af anevrismet under lifvet skulle varit högst vansklig, ja i många fall alldeles otänkbar.

Dessa förhållanden förutsatta, kan det sålunda icke öfverraska, om man vid sektion af fall, uti hvilka dödsorsaken icke blifvit under lifvet diagnosticerad, skulle anträffa brustna anevrism å ascendens i förhållande till sådana å arcus uti ett relatift större antal, än hvad som motsvarar det förhållande, hvari dessa båda slag af anevrism i allmänhet förekomma.

Jag vill emellertid lemna denna fråga fullt öppen, då den möjligheten alltid föreligger, att den funna relationen icke i åtminstone väsentligare mon är beroende på tillfälliga omständigheter, lika litet som väl sådana ensamt kunna ha satt sin prägel på den RICHTERska statistiken, hvilken i motsats till alla öfriga visar ett så proportionsvis litet antal ascendensanevrism, utan måhända *kan* vara ett åtminstone tämligen troget uttryck för de i Wien förekommande aortaanevrismens lokalisation.

Hvad åter bukaortaanevrismens relativa fåtal i min statistik angår, ett förhållande som dock återfinnes äfven i WILLIGKS sammanställning, så torde det samma åtminstone delvis sannolikt stå i samband med den omständigheten, att dessa anevrism endast mera sällan gå till bristning (ROKITANSKY).[1]

I samband med frågan om lokalisationen af anevrismen torde jag böra nämna något om den i mina fall iakttagna storleken af de samma. Efterföljande tabellariska uppställning anger den ungefärliga storleken af 66 circumskripta anevrism. I de öfriga 6 fallen voro anevrismen mer eller mindre diffusa.

Anevrismets ungefärliga storlek.	Litet barnhufvud o. större.	Knuten mansnäfve.	Apelsin.	Hönsägg.	Dufägg.	Spansk nöt.	Hasselnöt och mindre.
Antal fall	18	10	16	6	6	3	7

På ett enda undantag när hade anevrismet i alla de fall, då det samma icke öfversteg storleken af ett dufägg, sin plats på aorta ascendens och i närheten af semilunarvalvlerna. I det nämnda undantagsfallet utgick anevrismet från början af descendens.

Hvad åter angår lokalisationen af de *spontana rupturerna af aorta*, så har i 17 af de angifna 19 fallen rupturstället befunnit sig någonstädes på de nedre $^3/_4$ af aorta ascendens, i ett fall strax efter afgången af subclavia sinistra och i 1 på midten af descendens thoracica.

Detta förhållande står i god öfverensstämmelse med andras iakttagelser. Sålunda iakttog ROKITANSKY[2]) ibland 20 fall af spontan aortaruptur (dissecting anevrysma) 18 gånger ruptur af ascendens och 2 gånger af arcus. PEACOCK[3]) fann i väsentlig öfverensstämmelse därmed i 35 fall 24 gånger ruptur af ascendens, 2 gånger nära ursprunget för anonyma, 5 gånger i arcus eller närmaste del af descendens, 2 gånger i descendens, 1 gång i nedre delen af abdominalis och 1 gång nära aortas bifurkation.

Hvad slutligen de *intrakraniela blödningarna* beträffar, så hafva dessa i 32 fall varit primära meningealblödningar och i 81 hjärnblödningar (encephalorrhagia).

---

[1]) K. ROKITANSKY. Ueber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien. Wien 1852, sid. 32.

[2]) ROKITANSKY, a. s., sid. 44.

[3]) PEACOCK anförd efter ROKITANSKY, a. s., sid. 44.

Såsom närmaste orsak till de förra kunde i 22 fall ett brustet anevrism och i 6 en enkel kärlruptur påvisas; i 4 fall kunde icke källan för blödningen anträffas.

Af hjärnblödningarna, hvilka i samtliga fall intresserat ett eller flere af de centrala ganglierna, någon af organdelarna på hjärnans bas eller lilla hjärnan, torde endast de fall, i hvilka döden varit i vanlig mening mer eller mindre plötslig, erbjuda något väsentligare intresse med hänsyn till en närmare lokalisation. Den sammanställning, jag nedan gjort af de olika områden för blödningen, hvilka iakttagits i de 19 förut anförda fall, där enligt bestämda uppgifter döden inträdt inom 15 minuter, visar äfven de bland dessa fall förekommande hjärnblödningarnas läge.

Meningealblödning	8	gånger,
Ena corpus striatum (nucl. lentif. och caps. int.), 1 gång med genombrott åt sidoventrikeln, 1 gång förenad med blödning i thal. opt. och 2 gånger med sådan i pons	5	»
Pons Varolii (2 gånger med samtidig blödning i crura ad cerebri)	3	»
Lilla hjärnan med genombrott åt 4:de ventr.	3	»
	19	gånger.

Jag öfvergår så till en undersökning af, hvad mitt material lärer till belysning af den gängse uppfattningen, *att den kroniska endarteriten skulle inom det manliga könet hafva en mera allmän förekomst än inom det kvinliga.*

Mycket påfallande är i detta hänseende förhållandet mellan de båda könen i första gruppen af den å sid. 24 uppstälda tabellen, till hvilken jag tillåter mig att hänvisa. — Af 451 plötsliga dödsfall af *hjärtförlamning* finna vid är nämligen 291 manliga mot endast 160 kvinliga fall, eller tämligen noga 64,5 % män mot 35,5 % kvinnor.

Ännu mera, om också med långt smärre siffror, synas de 74 *anevrism* hvilka jag i det föregående på tal om anevrismens lokalisation sammanfört, tala för männens nämnda, icke afundsvärda företräde.

Ibland dessa äro nämligen, sedan de 2 fallen af icke-aorta-anevrism, till underlättande af en jämförelse med andra stati-

stiker frånskilts, 57 manliga och endast 15 kvinliga fall, och sålunda något mer än 79 % män mot knappast 21 % kvinnor.

Jämföra vi denna statistik med andra, finna vi, i tämligen stor öfverensstämmelse med den här funna relationen, hos HODGSON[1]) på 29 fall af anevrism å aorta och arteria innominata 23 män och 6 kvinnor, sålunda icke fullt 21 % af de senare, och hos LEBERT[2]) på 77 fall af aortaanevrism 18 kvinnor eller 23,4 % sådana. Ett väsentligt olika förhållande visar åter den af RICHTER[3]) från San Francisco lemnade statistiken. Af 280 aortaanevrism komma nämligen i denna endast 7,8 % på det kvinliga könet. Detta är emellertid ett förhållande, som, såvidt jag kunnat finna, i åtminstone tillnärmelsevis samma grad återfinnes endast i sådana statistiska beräkningar öfver anevrismens fördelning på de båda könen, där antingen endast yttre anevrism eller sådana af skilda slag (yttre och inre) legat till grund för beräkningen, och i hvilka förhållandet lätt låter förklara sig på grund af de yttre anevrismens ojämförligt mycket vanligare förekomst bland männen.[4])

Emellertid föreligger sålunda åter någon skiljaktighet mellan RICHTERS och mina rön beträffande anevrismen. Då dock den öfverensstämmelse, som min statistik visar med de nyss anförda af HODGSON och LEBERT, gör det mindre sannolikt, att någon med det relativa fåtalet af mina fall sammanhörande tillfällighet varit i väsentligare mon bestämmande för det resultat, hvartill jag kommit, så torde jag måhända här böra fästa uppmärksamheten på ännu en olikhet emellan RICHTERS statistik och min.

Då nämligen RICHTER, stödjande sig på den etiologiska analysen af sina fall, förklarar anevrismet för en »*specifik*» sjukdom hos den i inskränkt betydelse *kroppsarbetande* klassen, så

---

[1]) JOSEPH HODGSON. Von den Krankheiten der Arterien und Venen mit besonderer Rüchsicht auf Entwicklung und Behandlung der Anevrysmen und Arterienwunden; Herausg. von A. KOBERWEIN. Hannover 1817, s. 130.

[2]) LEBERT a. s., sid. 24.

[3]) RICHTER a. s., sid. 552.

[4]) På 308 fall af *yttre* anevrism fann CRISP ej fullt 40 kvinnor (VOGT i Eulenburgs Real-Encyclopädie, bd. 1, 1880, s. 295).

I England dogo år 1874 685 personer i anevrism, och af dessa kommo 89,5 % på det manliga könet (VOGT a. s.).

Ännu lägre ställer sig den kvinliga procenten i RICHTERS statistik af blandade anevrism, där på 736 fall kvinnorna endast utgöra 7,9 % (a. s. sid. 551). I de af RICHTER anförda statistikerna af CRISP, AGNEW och LISFRANC utgör procenten i fråga respektive ungefär 12, 9,5 och 8,5 %.

har han därmed till sin statistik lemnat en bestämning, hvilken, såsom det framgår af den tabell öfver i mina fall antecknad samhällsställning m. m., som jag längre fram skall meddela, ingalunda kan sägas vara känneteeknande för min.

Inför dessa förhållanden, nämligen å ena sidan det mycket ringa antalet arcusanevrism och den »specifika» karakteren af anevrismen i RICHTERS fall och å den andra de mycket talrika ascendensanevrismen samt dessas mera jämna fördelning på olika samhällsklasser i min samling, skulle man möjligen, synes mig, kunna uppställa den med anevrismens etiologi sammanhörande frågan: månne anevrismen å ascendens i afgjordt mindre grad äro att betrakta såsom en, för öfrigt på vissa betingelser grundad effekt af kroppslig öfveransträngning, än hvad förhållandet är med aortaanevrismen i allmänhet och särskildt de å arcus aortæ förekommande?

Men jag går vidare.

I de fall af spontan *hjärtruptur*, hvilka jag sammanfört, förekomma 11 män och 7 kvinnor. Detta förhållande synes stå i öfverensstämmelse med den allmänna erfarenheten beträffande hjärtrupturernas förekomst. De fleste författare uttala nämligen den åsigten, att i fråga varande rupturer oftare anträffas hos män[1]). ELLEAUME[2]) och BARTH[3]) hafva visserligen i sina åt studiet af hjärtrupturen särskildt egnade arbeten kommit till hvarandra motsatta resultat, då den förre på 61 fall räknar 37 manliga och 24 kvinliga, den senare däremot på 24 observationer endast 7 manliga fall. Denna skiljaktighet torde dock vara lätt förklarlig, alldenstund BARTH erhållit det mesta af sitt material från ett kvinligt sjukhus. Då emellertid äfven DURAND-FARDEL[4]) funnit det kvinliga könet talrikare representeradt än det manliga (på 23 observationer 15 kvinnor), torde väl skilnaden i det bidrag, de respektive könen lemna till dödlighetsstatistiken i detta fall, vara tämligen obetydlig.

Af *spontana aortarupturer* åter räknar jag bland mina 19 fall 11 manliga och 8 kvinliga. Skilnaden, till vinst för männen, är sålunda mindre betydlig. Ännu mindre är den samma

[1]) Jämf. DUCHEK a. s. sid. 85, SCHROETTER. Die Krankheiten des Herzfleisches i v. Ziemssens Handbuch, bd VI, 1879, s. 279, EICHHORST, a. s. sid. 93 m. fl.

[2]) ELLEAUME. Essai sur les ruptures du cœur. Thèse de Paris 1857, s. 12.

[3]) BARTH. De la rupture spontanée du cœur. Archives générales de médécine, jan.—mars 1871, s. 7.

[4]) DURAND-FARDEL, a. s., sid. 603.

emellertid i de af PEACOCK[1]) och ROKITANSKY[2]) meddelade statistikerna, hvilka, tillsammans omfattande 45 fall, upptaga 23 män och 22 kvinnor. VOGT[3]) vet däremot att berätta om 21 fall af aneurysma dissecans, ibland hvilka $\frac{2}{3}$ af samtliga fallen utgjorde kvinnor.

Detta förhållande är onekligen af ett ganska stort intresse, då det visar, att i en af de utgångar, genom hvilka kronisk endarterit orsakar döden, och därtill en, uti hvilken den dödliga effekten, okomplicerad af andra förhållanden, direkt framgår ur de lokala kärlförändringarna, det kvinliga könet synes vara ungefär lika starkt representeradt som det manliga.

Hvad slutligen fördelningen af de *intrakraniela blödningarna* på könen beträffar, så stämmer det resultat jag erhållit icke alldeles öfverens med den allmänt gängse uppfattningen därom.

Jag vill först i detta hänseende undersöka förhållandet med hjärnblödningarna. Visserligen anses icke numera det af JOSEPH FRANK[4]) gjorda påståendet, att utaf 10 hjärnblödningar 9 skulle träffa män, längre såsom giltigt, liksom det i allmänhet torde anses ligga rätt mycken öfverdrift i samma riktning uti den af COPEMAN[5]) funna relationen af $2\frac{1}{8}$: 1 mellan de manliga och de kvinliga hjärnblödningarna. De nyare författare, som jag i ämnet rådfrågat, såsom NOTHNAGEL[6]), NIEMEYER-SEITZ[7]), EICHHORST[8]), JACCOUD[9]), OBERNIER[10]) m. fl. uppgifva dock allmänt, att männen skola lemna en afgjordt större kontingent till de i fråga varande blödningarna än det andra könet. En större statistik till belysning af frågan har E. GINTRAC[11]) lemnat, och i denna, hvilken omfattar 681 fall, förekomma 386 män mot 295 kvinnor.

---

[1]) PEACOCK, a. s., sid. 45.

[2]) ROKITANSKY, a. s., sid. 45.

[3]) VOGT. Eulenburgs Real-Encyclopädie, bd I, 1880, sid. 295.

[4]) FRANK, jmfr NOTHNAGEL v. Ziemssens, Handbuch, bd XI, 1878, s. 77.

[5]) COPEMAN. A Collection of Cases of Apoplexy, 1845, anförd efter S. JACCOUD. Traité de Pathologie interne, tome I, 1883, sid. 301.

[6]) NOTHNAGEL, a. s.

[7]) NIEMEYER-SEITZ. Lehrbuch der spec. Pathol. u. Therapie, bd II, 1879, s. 221.

[8]) EICHHORST, a. s., bd II, sid. 663.

[9]) S. JACCOUD. Traité de Pathologie interne, tome I, 1883, sid. 301.

[10]) OBERNIER. Eulenburgs Real-Encyclopädie der ges. Heilk., bd V, 1881, s. 576.

[11]) GINTRAC. Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, 1868, t. VII, sid. 430; anf. efter DURAND-FARDEL a. s., s. 255.

I min statistik åter, hvilken upptager 81 hjärnblödningar, är det manliga könet representeradt genom endast 37, det kvinliga däremot af 44 fall, det senare sålunda något talrikare än det förra.

Samma förhållande, och ännu mera uttaladt, träffa vi bland de 32 fall af primär hjärnhinneblödning, hvilka jag sammanstält. Icke mindre än 22 af dessa komma nämligen på det kvinliga könet och endast 7 på det andra. Om och i hvad mon åter detta förhållande kan anses stridande mot andras iakttagelser, har jag emellertid icke lyckats inhemta beträffande mer än en författare. DURAND-FARDEL[1]) uppger nämligen, att han på 15 observationer af »hémorrhagie de la pie mère» räknat 12 manliga och endast 3 kvinliga fall.

Mina senast anförda statistiker äro emellertid icke tillräckligt stora för att jag af dem, gent emot icke öfverensstämmande uppgifter, skulle våga draga några mera allmänna slutsatser, hvadan jag i hufvudsak måste inskränka mig till det anförande af fakta, som här skett. Jag kan dock icke underlåta att å ena sidan framhålla, hurusom OESTERLENS stora statistiker[2]) såväl för England som kantonen Genève icke lemna något stöd för den nuvarande allmänna föreställningen om apoplexiernas fördelning på de båda könen utan tilldela dessa senare en i i fråga varande afseende nästan fullt jämnbördig ställning och å andra sidan påpeka, att äfven i GINTRACS nyss anförda statistik blödningarna i de centrala ganglierna (corpora striata och thalami optici) synas varit i det allra närmaste lika fördelade mellan könen[3]).

Jag går så att tillse, *huru de genom kronisk endarterit betingade plötsliga dödsfallen i min statistik förhålla sig med hänsyn till de dödes ålder, och huruvida de båda könens representanter i detta hänseende erbjuda några anmärkningsvärda skiljaktigheter.*

---

[1]) DURAND-FARDEL, a. s., sid. 171.

[2]) Under åren 1849, 51—53, 58 och 59 förekommo i England 24,625 manliga och 24,772 kvinliga, och särskildt i London 4,076 manliga och 4,122 kvinliga fall af apoplexi. På 1,000 manliga förekommo sålunda i England 1,006 och i London 1,011 kvinliga fall. För kantonen Genève åter visade beräkningen, att af 1.000 apoplexier 489,7 tillhörde det manliga och 510,3 det kvinliga könet. (FR. OESTERLEN. Handbuch der medicinischen Statistik, 1865, s. 494).

[3]) A. s. sid. 255.

Jag har emellertid här liksom i det föregående och af skäl, som torde framgå, funnit det lämpligt att undersöka de i fråga varande förhållandena inom hvar och en särskildt af de 5 grupper, uti hvilka jag fördelat mitt material.

Följande tabellariska sammanställning upptager i enlighet därmed endast de i *hjärtförlamning*, under i tabellen för öfrigt närmare bestämda åldersperioder, döda individerna. De här sammanförda fallen uppgå dock blott till 442, hvaraf 284 män och 158 kvinnor, enär åldern i 9 af de förut anförda 451 fallen, nämligen i 7 manliga och 2 kvinliga varit obekant.

Ålder	Under 25 år	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70—74	75 år och mer
Antal män	3	1	12	28	52	32	40	34	33	24	17	8
» kvinnor	—	5	6	17	10	12	19	25	21	28	8	7
Summa fall	3	6	18	45	62	44	59	59	54	52	25	15

På ett mera åskådligt sätt, än hvad denna tabell kan göra, illustrera de 2 öfversta krokliniema i grafiska figuren n:r 1 (se taflan) dessa falls fördelning på olika åldersperioder och de skiljaktigheter, som med hänsyn till denna fördelning förefinnas emellan de båda könen.

Det framgår af dessa sammanställningar, att, såsom för öfrigt varit att vänta, de flesta fallen såväl bland män som kvinnor tillhöra de äldre åldersklasserna. Yngre än fylda 25 år träffas nämligen endast 3:ne, alla manliga. Då det yngsta af dessa var 19 (de båda öfriga 20 och 24) år, så är sålunda denna ålder den tidigaste, som i något hit hörande fall förekommit.

Emellan 25—29 år äro fallen fortfarande inom båda klasserna mycket rara. För männen växa de i den följande 5-årsperioden, 30—34 år, något i antal och blifva, efter en rask stegring under den därpå följande, i 5-årsperioden 40—44 år talrikare än under någon annan. Därefter minskas de åter långsamt och, med ett enda undantag, för hvarje följande 5-årsperiod.

Beträffande kvinnorna åter, kommer, såsom synes, det högsta antalet dödsfall bland dessa först på åldersklassen 65—69

år, under hvilken tid för öfrigt antalet kvinliga dödsfall är absolut högre än det under samma tidsperiod inträffade antalet manliga.

Det intresse, de nu relaterade dödlighetsstatistikerna erbjuda, koncentrerar sig för visso kring tvänne ur dem framgångna rön. Såsom det ena af dessa betraktar jag den omständigheten, att den letala utgång på den kroniska endarteriten, hvarom här är fråga, nämligen hjärtförlamningen, bland männen visat sig ega sin vanligaste förekomst i en helt *annan* åldersperiod, än hvad fallet varit bland kvinnorna. Såsom det andra rönet åter det förhållandet, att den sålunda framför andra hemsökta åldersklassen bland männen varit så *tidig* som åldern mellan 40—44 år, och att talrikheten af dödsfall under denna tid svårligen ensamt kan förklaras genom en relatift mot senare åldersklasser större representation i samhället af nyss nämnda klass.

Dessa rön synas mig så mycket mer beaktansvärda, som mängden af de fall, på hvilka den statistik, hvarur de framgått, är bygd, torde vara en borgen för, att icke tillfälliga omständigheter i någon, åtminstone väsentligare mon, skapat de samma.

Emellertid har jag, hvad det första af dessa förhållanden beträffar, i den literatur, som stått till mitt förfogande, på ett enda undantag när, och till hvilket jag strax skall komma, icke funnit någon i ofvan framhållna riktning gående iakttagelse.

Men äfven det senare resultatet af min statistik synes mig icke fullt förenligt med den på flere håll (MARCHAND[1]), ORTH[2]), QUINCKE[3]) m. fl.) gängse föreställningen om den kroniska endarteritens utveckling. Man tyckes nämligen, under fullt medgifvande för öfrigt, att i fråga varande lidande kan förekomma, och då och då också förekommer äfven hos yngre människor, dock rätt allmänt vara hågad att i en mera inskränkt betydelse, än hvad som det af mig för det manliga könet här funna förhållandet antyder såsom riktigt, betrakta processen i fråga som en *senil* affär[4]).

---

[1]) MARCHAND. Eulenburgs Real-Encyclopädie, bd IV, 1880, s. 564.

[2]) ORTH. Lehrbuch der spec. Pathol. Anatomie, s. 227.

[3]) QUINCKE, a. s., sid. 357.

[4]) Det torde knappast behöfva påpekas, att den omständigheten, att man påfallande ofta anträffar kroniska endarteritiska kärlförändringar hos gamla personer, såsom också ROKITANSKY (a. s. sid. 15) uttryckligt betonar, ingenting bevisar,

Under sådana omständigheter ligger onekligen den tanken nära, att de nu berörda förhållandena i min statistik möjligen kunna ega en mycket stark lokal prägel.

Med hänsyn åter till ett sådant förhållande är det af ett alldeles särskildt intresse att jämföra de resultat, jag erhållit, med några af fransmannen GUENEAU DE MUSSY[1]) gjorda iakttagelser, beträffande den kroniska endarteritens förekomst i olika åldersklasser, och om hvilka det var som jag nyss antydde, att de stå i en viss öfverensstämmelse med mina. Jag skall i detta syfte i korthet referera den del af GUENEAU DE MUSSYS arbete, som berör de nu afhandlade frågorna.

På grund af *kliniska* studier har den nämnde forskaren kommit till den, såsom han säger, mot gängse uppfattning stridiga erfarenheten, att den kroniska endarteriten före 45 år är lika vanligt förekommande som efter denna tid, och han säger sig redan hos 17-åringar hafva iakttagit detta lidande. Han finner vidare könet ega betydelse i och för lidandets uppkomst och särskildt dess utveckling och anser denna betydelse oskiljaktigt förenad med de respektive könens olika hygieniska förhållanden, yrken och lefnadsvanor. Den statistik, som han till belysning af dessa frågor anför, omfattar 176 *kliniska* fall, och han betecknar det oväntade resultat, den samma gifvit honom, såsom något »assez curieux». Statistiken har följande utseende:

Före fylda 30 år (17—29)	iakttagna	24	fall;	däraf	14	män	o.	10	kv.
30—39 »	»	56	»	»	32	»	»	24	»
40—49 »	»	37	»	»	22	»	»	15	»
50—59 »	»	26	»	»	7	»	»	19	»
60—69 »	»	29	»	»	11	»	»	18	»
70 år och där utöfver	»	4	»	»	—	»	»	4	»

Häraf framgår, att 117 fall komma på åldern före och 76 efter fylda 50 år. Bland de förra äro 68 män och 49 kvinnor, sålunda ett förhållande dem emellan af 1,38 : 1. Bland de senare åter förekomma endast 18 män mot 41 kvinnor, eller förhållandet är ändradt till det af 1 : 2,27.

---

med hänsyn till tiden för det befintliga lidandets början, så mycket mer som hastigheten af detta lidandes utveckling, i allmänhet långsam, i olika fall tyckes vara mycket växlande.

[1]) GUENEAU DE MUSSY. Étude clinique sur les indurations des artères. Archives générales de médecine. Paris 1872, volum 2, sid. 144—145.

Gueneau de Mussy drager af denna statistik bland annat den slutledning, »que les causes auxiliaires des indurations artérielles, celles qui favorisent l'évolution du travail morbide, agiraient avec plus d'énergie et de puissance chez les hommes que chez les femmes pendant la jeunesse et pendant l'âge mûr. L'évolution serait plus tardive chez les femmes.»

Det lider intet tvifvel, att icke de resultat, till hvilka jag rörande föreliggande frågor kommit genom analys af 442 plötsliga dödsfall i genom kronisk endarterit förorsakad hjärtförlamning, i ganska mycket öfverensstämma med nu anförda intressanta kliniska iakttagelser.

I dessa senare förekomma sålunda likaledes de manliga fallen under en oväntadt tidig lefnadsperiod talrikare än under någon af de följande. Och ehuru denna period visserligen är ännu något tidigare än i min statistik, så torde såväl detta förhållande som den omständigheten, att i den kliniska statistiken de tidiga lefnadsperioderna i allmänhet äro relatift talrikt representerade, dock lätt kunna förklaras, då man erinrar sig, att mina fall äro iakttagna *efter*, Gueneau de Mussys åter längre eller kortare tid *före* döden.

Hvad åter de kvinliga representanterna beträffar, så äro visserligen äfven dessa i de kliniska fallen under samma tidiga period som männen talrikast. Tyder emellertid, såsom Gueneau de Mussy håller före, det förhållande, som i dessa fall efter fylda 50 år inträder, och hvilket utmärkes genom en relatift större talrikhet af de kvinliga fallen, på att den sjuka processen hos det kvinliga könet i allmänhet utvecklar sig långsammare och mindre ödesdigert, så skulle icke häller i detta hänseende våra iakttagelser vara oförenliga.

Och jag tror, att en sådan uppfattning är riktig. Jag kan nämligen icke på annat sätt tolka den skiljaktighet, som kurvorna å den grafiska figuren n:r 1 återgifva, beträffande den åldersperiod, hvarunder dödligheten inom de båda könen varit som störst, och hvilken period för det kvinliga könet kommer ända till 20 år senare än för det manliga. Ja, jag är af mer än ett skäl böjd för att gå ännu längre och framkasta det spörsmålet, huruvida så talande bevis verkligen föreligga för att, såsom allmänt antages, det manliga könet är *allmännare* än det kvinliga behäftadt med kronisk endarterit, att icke möjligen den visserligen väsentliga, numerära skilnad, som förefinnes mellan de båda könens bidrag till dödlighetsstatistiken i detta

lidande och i allmänhet till de svårare formerna däraf, i åtminstone väsentlig mon skulle kunna förklaras genom en i allmänhet *raskare utveckling* och ett, särskildt med hänsyn till dess betydelse för hjärtat, mera *deletärt förlopp* af den i fråga varande processen hos mannen?

Hvilka emellertid de närmare orsakerna till detta mera deletära förlopp i själfva verket äro, torde vara vanskligt att med full säkerhet afgöra. Jag föreställer mig dock, att de samma närmast äro att söka uti de många och olikartade, med männens verksamhet och lefnadsvanor förbundna omständigheter, hvilka ställa relatift stora fordringar på cirkulationsapparatens, särskildt hjärtats verksamhet, och på sådant sätt bidraga till en raskare utveckling af ett i denna apparat befintligt lidande.

Så långt emellertid om fallen af hjärtförlamning. Jag vill nu se till, huru de senast omordade förhållandena te sig inom öfriga grupper af genom kronisk endarterit betingade plötsliga dödsfall och gör början med de till den 3:dje gruppen hörande, eller med dem, hvilka orsakats genom

bristning af utom kraniet belägna anevrism.

Liksom vid ett par föregående tillfällen begagnar jag mig här i statistiskt intresse af de under tiden 1 jan. 1879—1 juni 1886 anträffade anevrismen. Då emellertid 2 bland dem äro till åldern obekanta, stå mig sålunda 72 fall till buds. Af dessa äro 56 män och 16 kvinnor.

Uti den nyss anförda grafiska figuren n:r 1 är den tredje kroklinien, uppifrån räknadt, uppgjord på de förra, den nedersta, afbrutna, åter på de senare af dessa fall. Såsom där synes, erbjuda nämnda kurvor i de hänseenden, hvarom här är fråga, ganska väsentlig öfverensstämmelse med dem, som blifvit uppbygda på fallen af hjärtförlamning. Liksom förhållandet är med den manliga kurvan för dessa sist nämnda, har nämligen samma kurva för anevrismen sin spets i första hälften af 5:te lefnadsdekaden, men dessutom visar den kvinliga kurvan äfven här den egendomligheten, att dess spets infaller i en, visserligen icke såsom där 20, men dock 10 år senare femårsperiod, än hvad händelsen är med den manliga.

Denna nu senast anförda karakter hos min statistik skulle jag emellertid, med hänsyn till det ringa antal fall, som ligga till grund för den senare, knappast vågat påpeka, ännu mindre såsom någonting anmärkningsvärdt framhålla, hade jag icke äfven från ett annat håll funnit en i samma riktning gående iakttagelse. I WILLIGKS[1]) i det föregående omnämnda samling af aortaanevrism räknar nämligen den 6:te dekaden det relatift största antalet manliga fall, under det att det största antalet kvinliga åter tillhör den 7:de och 8:de lefnadsdekaden.

Dessa iakttagelser torde sålunda möjligen tyda därpå, att, i öfverensstämmelse med hvad vi nyss lärde känna, beträffande den kroniska endarteritens uppträdande såsom orsak till hjärtförlamning, äfven aortaanevrismen hos det kvinliga könet i regel skulle förete en långsammare utveckling än hos det manliga.

Andra statistiker, hvilka jag rådfrågat, beträffande anevrismens förekomst under de olika åldersperioderna, äro samtliga upprättade utan hänsyn till den nu berörda skiljaktigheten de båda könen emellan och omfatta sålunda både män och kvinnor. Af dessa statistiker äro emellertid af naturliga skäl i första hand de, hvilka blifvit uppgjorda uteslutande på fall af *inre* anevrism, egnade till en jämförelse med den af mig här gjorda sammanställningen. QUINCKE[2]) återger 2:ne sådana, en af LEBERT (324 fall) och en af LIDELL[3]) (New-York, 243 fall). I båda dessa sammanställningar är det det 4:de lefnadstiondet, under hvilket de relatift flesta dödsfall i anevrism förekommit. Närmast detta i ordningen kommer i båda den 5:te och därpå hos LEBERT den 6:te, hos LIDELL åter den 3:dje dekaden. Något annorlunda te sig förhållandena i den från San Françisco af RICHTER[4]) lemnade statistiken (280 aortaanevrism). I denna är det nämligen den 5:te dekaden, som varit den mest hemsökta, under det att den 4:de intager det 2:dra och den 6:te det tredje rummet i ordningen. I de båda smärre, vid tal om aortaanevrismens lokalisation förut anförda samlingarna af LEBERT (59 fall) och WILLIGK (40 fall), hvilka sinsemellan

---

[1]) A. s.

[2]) QUINCKE, a. s. sid. 398.

[3]) Bland LIDELLS fall ingå 148 aortaanevrism, 77 inre anevrism, hvilka till större eller mindre del möjligen utgjorts likaledes af aortaanevrism, men dessutom 18 hjärtanevrism. (LIDELL. On internal aneurysm and its relation to sudden death o. s. v. Amer. Journ. of med. Sc. Jan. 1867, sid. 46. Refer. efter FRIEDREICH i Virchow u. Hirschs Jahresbericht, Berlin 1867, d. II, s. 85—86).

[4]) A. s., sid. 552.

visa fullständig öfverensstämmelse i nu i fråga varande hänseende, är det slutligen den 6:te dekaden, som intager första rummet, äro den 5:te och den 7:de likstälda, och kommer den 4:de först i fjärde rummet.

Hopslår jag, på sätt som i nu anförda sammanställningar skett, de manliga och kvinliga fallen i min statistik och därefter verkställer en beräkning öfver de sammas fördelning på de särskilda åldersklasserna, blir resultatet följande:

Ålder	Under 30 år	30—39	40—49	50—59	60—69	70 år och mer
Antal fall	1	14	24	21	11	1

Häraf framgår, att min statistik i fråga om den åldersdekad, hvarunder de flesta dödsfallen inträffat, fullt öfverensstämmer med den RICHTERska, och att den i de båda förut anförda sammanställningarna i främsta rummet uppträdande 4:de dekaden hos mig intager först det 3:dje rummet.

Från dessa förhållanden afvikande blir resultatet af en i samma syfte som nyss företagen analys af de under tiden 1 juni 1880—1 juni 86 förekomna fallen af

spontana hjärn- och hjärnhinneblödningar.

Ibland dessa, hvilka, jag torde böra erinra därom, utgöra 113, äro emellertid 4 till lefnadsåldern obekanta, hvadan den grafiska framställningen (se taflan, bild n:r 2) af dessa blödningars förekomst under olika åldersperioder är uppgjord på 109 fall, däraf 42 manliga och 67 kvinliga. Den öfre afbrutna linien i denna figur utgör de senares, den nedre de förres dödlighetskurva.

Hvad de intrakraniela blödningarna beträffar, finna vi sålunda de vid de båda hittills afhandlade grupperna anmärkta förhållandena icke oväsentligt ändrade. Den manliga och den kvinliga kurvan hafva nämligen, såsom synes, här ett tämligen likformigt förlopp, och bådas spetsar infalla därjämte i en och samma åldersperiod, nämligen den senare hälften af 6:te lefnadsdekaden. Och dessa förhållanden gälla, såsom jag gjort mig förvissad om, hjärnblödningarna och hjärnhinneblödningarna hvar för sig.

Emellertid är det, för så vidt som det af en så liten statistik som den föreliggande kan anses tillåtet att draga någon allmängiltig slutsats, framför annat den framhållna likformigheten emellan de båda könens dödlighetskurvor, som synes mig fresta till en sådan, då den samma, i motsats till hvad vi från det föregående lärt känna, tyder på, att de intrakraniela blödningarna, beträffande deras uppträdande under skilda åldersperioder, icke förete någon anmärkningsvärd olikhet mellan det manliga och det kvinliga könet.

Utaf mera omfattande statistiker angående *hjärnblödningarnas* fördelning på de olika åldersklasserna, sådana som dem af Burrows [1]) (211 fall) och Gintrac [2]) (601 fall), framgår för öfrigt otvetydigt, att dessa blödningar från det 20:de ända till det 80:de året uppträda i ett, relatift till de särskilda åldersdekadernas representation i samhället af lefvande individer, ständigt ökadt antal, och att ända till det 70:de året denna blödningarnas tillväxt är en absolut.

I här ofvan lemnade statistik förekommer emellertid, som synes, det högsta antalet fall icke, såsom i senast anförda sammanställningar, i den 7:de utan i senare delen af den 6:te dekaden, hvilket enligt all sannolikhet torde bero på någon, med fallens fåtal sammanhörande tillfällighet.

Till sist ett kort tabellariskt meddelande om åldern i de fall af *hjärtruptur* och *aortaruptur*, hvilka förekommit under tiden 1 jan. 1879—1 juni 1886. De förra äro, enligt hvad förut sagts, 18, nämligen 11 manliga och 7 kvinliga, de senare 19, 11 manliga och 8 kvinliga.

Ålder	Under 30 år	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	80 år och mer	Summa
Fall af hjärtruptur	—	—	2	4	5	6	1	18
» af aortaruptur	1	2	3	4	7	1	1	19

En fördelning af fallen på könen har icke erbjudit någonting anmärkningsvärdt.

[1]) Jmfr. Obernier. Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde, bd V, 1881, s. 576.
[2]) E. Gintrac, a. s., sid. 254.

Jag går så till meddelandet af den med hänsyn till *samhällsställning* och *yrke* företagna analys, som jag gjort af de fall af plötslig död genom kronisk endarterit, hvilka ingått i mina föregående sammanställningar. Samtliga dessa fall uppgå till 675. För 61 af dem funnos dock i mina källprotokoll inga uppgifter i sagda hänseenden, hvarför sålunda efterföljande, till belysning af dessa förhållanden upprättade tabell kommer att omfatta 614 fall.

Samhällsställning och yrke	Dödsorsak					
	Hjärtförlamning	Hjärtruptur	Anevrismbristning	Spontan aortaruptur	Intrakraniel blödning	S:a
1. Manliga ståndspersoner och civile tjänstemän	55	5	17	3	7	87
2. Militärer och f. d. militärer	5	1	2	—	1	9
3. Handtverks- och industriidkare	19	1	2	1	3	26
4. Handlande, handelsresande och handelsbiträden	24	1	4	—	4	33
5. Värdshusidkare och kypare	11	—	2	—	2	15
6. Stadsbud, polis, portvaktare och annan vaktpersonal	32	—	11	—	4	47
7. Skrädderi- och skomakeriarbetare	19	1	3	—	4	27
8. Smeder, metall- och maskinarbetare	18	—	3	—	5	26
9. Andra handtverksarbetare o. industriela arbetare	20	—	1	2	5	28
10. Kuskar	21	—	3	—	—	24
11. Arbetsklass utan särskildt yrke	19	—	6	1	3	29
12. Privattjänare	4	—	1	—	—	5
13. Till de föregående icke hänförliga yrken	8	1	2	—	4	15
14. Orkeslösa gubbar ur fattigklassen	5	1	—	—	3	9
15. Gifta kvinnor och enkor ur ståndsklassen	20	1	3	2	7	33
16. Ogifta kvinnor ur ståndsklassen	4	—	—	1	2	7
17. Hustrur till eller enkor efter under 3, 4 o. 5 nämnde män	18	1	2	2	7	30
18. Hustrur till eller enkor efter under 6—13 nämnde män	36	2	2	2	12	54
19. Kvinnor i privat tjänst, kokerskor och andra	17	—	1	1	10	29
20. Yrkesidkerskor och grofarbeterskor	7	—	2	—	6	15
21. Andra ogifta kvinnor, såsom sömmerskor, handarbeterskor	24	—	5	1	11	41
22. Orkeslösa gummor ur fattigklassen	15	2	1	—	7	25
S:a	401	17	73	16	107	614

Vanskligheten, för att icke säga omöjligheten af att på grund af denna sammanställning ensamt utan samtidig närmare kännedom om det sätt, hvarpå de respektive samhälls- och yrkesklasserna i Wien äro i förhållande till hvarandra representerade, bilda sig en exakt föreställning om, huruvida någon eller några af dessa i högre grad än andra lemnat bidrag till den föreliggande dödlighetsstatistiken, ligger i tillräckligt öppen dag för att göra ett påpekande däraf nära nog öfverflödigt. Och då jag icke varit i tillfälle att, beträffande först nämnda förhållande förskaffa mig någon noggrannare kännedom, kan jag af naturliga skäl ej häller inlåta mig på några detaljerade jämförelser de olika klasserna emellan, utan måste inskränka mig till några korta anmärkningar öfver, hvad som i denna sammanställning synts mig särskildt påfallande eller anmärkningsvärdt.

I första hand vill jag då påpeka det onekligen ganska rika bidrag, som den s. k. ståndsklassen här lemnat, särskildt till de i första och tredje rummet upptagna dödsfallen. Bland de förra tillhöra sålunda af i alt 401 fall 84, eller tämligen noga 21 %, och af de 72 anevrismen 22 fall eller 30 % denna klass, sedan i den samma inräknats den fåtaliga klassen »militär». Oafgjordt måste jag emellertid, som sagdt, lemna i *hvad mon* de genom dessa siffror uttryckta förhållandena ega sin motsvarighet i ståndsklassens representation af lefvande individer gent emot öfriga samhällsklasser.

Redan förut har jag emellertid framhållit, att anevrismens fördelning på de olika samhällsklasserna och yrkena i min sammanställning icke berättiga till att betrakta anevrismet såsom en »specifik» sjukdom hos den i inskränkt mening kroppsarbetande klassen, och en ytterligare blick på tabellen torde till fullo bekräfta riktigheten af ett sådant påstående.

Då emellertid denna erfarenhet beträffande aortaanevrismen (och min samling utgöres ju på 2 undantag [1]) när ensamt af sådana), icke är enastående, [2]) torde det kunna anses tillåtet

[1]) Anevrismet å art. lienalis tillhörde en 37-årig tjänstemansfru, och det å subclavia sin. en 52-årig järnhandlande.

[2]) Lebert (Paris) säger sålunda vid tal om lefnadsyrkets betydelse i och för uppkomsten af aortaanevrismen: »Auch der Einfluss des Berufs bietet wenig Aufschluss. Unsere Beobachtungen beziehen sich eben so gut auf Arbeiter mit sitzender Lebensart, wie Schneider und Schuster, so wie auf solche, welche sich zwar mehr Bewegung machen, aber im Allgemeinen wenig Kraftanstrengung brauchen, wie Köche, Bedienten, Krämer, Maler etc. Die mehr anstrengenden Professionen, wie Zimmerläute, Schreiner, Soldaten, Taglöhner,

att däraf draga den slutledningen, att den RICHTERska satsen: Das Anevrysma der Aorta ist eine specifische Krankheit der arbeitenden Klasse», [1]) åtminstone för en del orter icke är på samma sätt giltig som den för San Francisco tyckes vara, och synes, såsom jag en gång förut antydt, den tanken ligga tämligen nära till hands, att de egendomligheter, hvilka RICHTERS statistik företer, beträffande aortaanevrismens lokalisation, möjligen kunna stå i ett mer än tillfälligt samband med den »specifika» karakteren af de fall, på hvilka denna statistik blifvit uppbygd.

Påfallande talrikt tyckes klassen 6 vara representerad, likaså, med hänsyn till dess trånga begränsning, klassen 10. Rikedomen på fall i den först nämnda torde emellertid i väsentlig mon åtminstone kunna förklaras däraf, att i den samma bland andra talrikt representerade yrken, såsom stadsbud, polistjänstemän o. a., äfven innefattats den klass af husuppsyningsmän, som i Wien går under benämningen »Hausbesorger», och hvilken i det allra närmaste torde räkna lika många medlemmar som staden i fråga räknar hus.

Hvad åter den 10:de, eller kuskarnes klass angår, så synes det onekligen, som om den, äfven med hänsyn tagen till Wiens kända rikedom på till detta yrke hörande individer, lemnat en oproportionerligt stor kontingent till dödsfallen i fråga, ett förhållande, som sannolikt får sättas i kausalt samband med, väl icke yrket såsom sådant, men med det mycket oregelbundna, för visso till sjukdomar af hvarjehanda slag disponerande lif, dessa män i det stora flertalet fall föra.

Totalintrycket af den anförda sammanställningen synes mig emellertid vara det, att *samhällsklass och yrke såsom sådana*, och med andra förhållanden hafva vi ju för tillfället icke att räkna, *spelat om möjligtvis någon, så dock en mycket underordnad etiologisk betydelse.*

Jag öfvergår nu till ett skärskådande af frågan, *om och i hvad mon de olika årstiderna visat något inflytande,* beträffande de plötsliga, genom kronisk endarterit betingade dödsfallens förekomst?

Att ett sådant inflytande torde hafva visat sig verksamt, kan med skäl förutsättas, då det af undersökningar, som i lite-

---

bieten verhältnissmässig kein stärkeres Kontingent, als die vorerwähnten. Also konstatiren wir einen kaum wahrnehmbaren Einfluss des Standes» (a. s., sid. 25).

[1]) A. s., sid. 562.

raturen redan föreligga, angående fördelningen af plötsliga dödsfall på olika tider af året, bland annat synes som ett sakförhållande framgå, att dessa dödsfall i afgjordt större talrikhet uppträda under den kallare än under den varmare årstiden.

För apoplexierna [1]) särskildt styrkes detta förhållande af flere större statistiker [2]), ehuruväl en del af dem, såsom den redan en gång omnämnda, från FERRARIO härstammande, med skäl torde kunna betraktas såsom mindre brukbara för vetenskapliga beräkningar. Men att äfven plötsliga dödsfall i allmänhet synas stå under samma lag, ådagalägges tydligt genom BERGERS i Frankfurt am Main och FALKS i Berlin speciela undersökningar. BERGER [3]) återger resultatet af sina 427 observationer i detta hänseende med följande ord: »Man ersieht hieraus, dass die plötzlichen Todesfälle im allgemeinen vom Winter nach dem Sommer hin ab — und von da wieder zunehmen», och FALK [4]) konstaterar på grund af sina sammanställningar det af CASPER [5]) särskildt för fall af »Hæmorrhagie oder Congestion» betonade förhållandet, att de plötsliga dödsfallen under vintern uppträda talrikare än under någon annan årstid, men finner hvarken den därpå inträdande minskningen under våren mot sommaren eller den därefter följande stegringen kontinuerliga.

Det material, som legat till grund för såväl den enes som den andres af dessa författare beräkningar är så till vida af blandad beskaffenhet, som det samma hos BERGER utgöres af de fall, hvilka i dödsattesterna upptagits såsom »mors subita», »apoplexia», »apoplexia cerebri», »apoplexia fulminans», eller i de samma endast angifvits såsom döda inom 6—12 timmar [6]), och hos FALK af de i de officiela rapporterna under rubrikerna: »Gehirnschlag», »Lungen- und Herzschlag», »Nervenschlag»,

---

[1]) Visserligen icke ensamt de plötsligt dödande.

[2]) Jmfr. CASPER, a. s. sid. 44—45, OESTERLEN, a. s. sid. 496, DURAND-FARDEL a. s. sid. 260. I den af DURAND-FARDEL gjorda sammanställningen af egna samt af ANDRAL, ROUCHOUX och GINTRAC samlade fall visa dessa senare, 502 till antalet, följande fördelning på de olika årstiderna: dec.—febr. 146, mars —maj 135, juni—aug. 124 och sept. —nov. 97 fall.

[3]) BERGER. Zusammenhang zwischen den plötzlichen Todesfällen und den Witterungsverhältnissen. Zeitschrift f. Biologie, bd IV, 1868, s. 376.

[4]) FALK. Zur Statistik der Selbstmorde und plötzlichen Todesfälle aus inneren Krankheitsursachen. Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Medicin, bd XXII, 1875, ss. 168, 171.

[5]) CASPER, a. s., sid. 44.

[6]) A. s., sid. 375.

»Tödtliche Ohnmacht», »Ruptur eines inneren Organes», upptagna dödsfallen [1]).

Vid den undersökning, jag verkstält, angående årstidernas inflytande på förekomsten af plötsliga dödsfall, har jag, efter hvad som senast anförts, trott det böra erbjuda ett afgjordt intresse att särskildt för sig skärskåda sagda förhållande inom den, som man torde erinra sig, 451 fall omfattande gruppen af dessa dödsfall, där döden betingats genom *hjärtförlamning*. Öfriga i min samling förekommande fall har jag därefter underkastat en, på i fråga varande förhållanden riktad analys, endast i det mera underordnade syftet att erhålla en, till jämförelse med de från granskningen af nyss nämnda grupp vunna resultaten, för samtliga plötsliga dödsfall gemensam dödlighetsstatistik.

I den grafiska figuren n:r 3 (se taflan) återger sålunda den skarpt tecknade, icke afbrutna kroklinien åskådligt det sätt, hvarpå nyss nämnda, från 5-årsperioden $^{1}/_{6}$ 81—$^{1}/_{6}$ 86 härrörande 451 fall af hjärtförlamning befunnits fördelade på de särskilda månaderna.

Denna kurva ådagalägger till en början, att samtliga de i denna femårsperiod under jan.—mars samt okt.—dec. inträffade dödsfallen i antal icke oväsentligt öfverstigit dem, hvilka inträffat under öfriga sex månader. En närmare beräkning af detta förhållande visar också, att, under det att 265 fall tillkomma de förra månaderna tillsammantagna, de senare tillsammans endast hafva att uppvisa 186. Granska vi kurvan något närmare, synes det, att de flesta dödsfallen inträffat under februari och december månader, resp. 51 och 48 fall, det minsta antalet åter under augusti och september med resp. 27 och 21. Närmast dessa senare har under april och maj, med 30 och 29 fall, dödligheten varit relatift låg men har under juni stigit och i juli nått ungefär samma betydande höjd, 42 fall, som under mars, oktober och november. Januari med 37 fall står slutligen något efter de sist nämnda månaderna i antal dödsfall.

En fråga framställer sig här otvunget, nämligen den: hafva dessa karakterer hos femårskurvan tillkommit den samma på grund af för hvart och ett af de genom densamma representerade 5 åren utmärkande förhållanden?

---

[1] A. s., sid. 167.

Svaret på denna fråga framgår objektift genom en granskning af de å samma figur som femårskurvan för de särskilda åren uppgjorda dödlighetskurvorna, och hvilka å figuren äro lätta att återfinna. En sådan granskning visar emellertid, att det i den förra kurvan uttryckta förhållandet, beträffande ett öfvervägande antal dödsfall under de 3 första och 3 sista månaderna tillsammantagna gent emot öfriga 6 månader, äfven återfinnes i hvar och en af dessa ettårskurvor. Visserligen föreligga endast delvis uppgifter för 1881 och 1886, men sammanräknas, såsom det kan synas tillåtet, de på dessa år kommande fallen, blir förhållandet det sagda. En beräkning i detta hänseende ger nämligen följande resultat:

1881	de 3 sista månaderna	23 fall;	juni—september	32	fall.
1882	de 3 första och 3 sista m.	50 » ;	öfriga månader..	33	»
1883	» » »	56 » ;	» »	39	»
1884	» » »	56 » ;	» »	40	»
1885	» » »	46 » ;	» »	29	»
1886	de 3 första månaderna	34 » ;	april—maj	13	»

Hvad åter öfriga, femårskurvan tillkommande, förut omnämnda karakterer beträffar, vill jag i och för en jämförelse mellan denna kurva och de olika ettårskurvorna särskildt påpeka det förhållandet, att i öfverensstämmelse med den förra äfven de senare kurvorna, visserligen icke alltid, dock i flertalet fall återgifva en under febr., okt., nov. och dec. jämförelsevis stor, under april och maj åter, men ännu mera under aug. och september relatift liten dödlighet.

Hvad åter den på femårskurvan iakttagna stigningen under juni—juli beträffar, så återfinnes den, åtminstone för den senare månaden, säkert uttalad endast på 2:ne årskurvor. Under 1882 är däremot sist nämnda månad en bland dem, som hafva det minsta antalet fall, och 1885 har samma månad till och med det absolut lägsta.

Någon vetenskaplig förklaring till vare sig denna olikhet mellan de särskilda årens kurvor eller till andra större eller mindre skiljaktigheter, hvilka de senare, såsom antydts och synes, erbjuda såväl sinsemellan som i jämförelse med femårskurvan, kan jag emellertid icke lemna. Jag hade särskildt med kännedom om BERGERS arbete[1]) trott, att en sådan förklaring

[1]) BERGER (a. s. sid. 388) finner, att »Wind und Wetter, höherer oder niederer Stand des Barometers und Thermometers stehen zu den unter dem Ausdruck »plötzliche Todesfälle» zusammengefassten Todesarten in keiner hervortre-

möjligen skulle kunna framgå utaf en närmare kunskap om de för här i fråga varande år gjorda meteorologiska observationer, sådana de samma varit mig tillgängliga i *Jahrbücher des K. K. Central-Anstalt für Meteorologie und Erdmagnetismus* (*Wien 1881—1884*), men måste tillstå, att denna min förutsättning på intet vis funnit sig bekräftad. Jag har nämligen af dessa observationer hvarken — och detta i likhet med FALK — funnit bekräftelse på någon allmängiltighet af BERGERS slutsats beträffande den stora betydelsen af större *växlingar* i termometer- och barometerståndet i och för uppkomsten af plötsliga dödsfall eller kunnat konstatera något annat mera konstant förhållande mellan talrikheten af de senare och termometer- eller barometerståndet.

Utaf de anförda förhållandena är det sålunda endast det större antalet fall under de 3 första och 3 sista månaderna tillsammantagna gent emot öfriga sex, som varit någon på ett konstant sätt återkommande företeelse, och som af denna orsak synes berättiga till en mera säker slutledning. I hvad mon åter en sådan, gående ut på antagandet af en relatift talrikare förekomst af plötsliga dödsfall under den företrädesvis kalla årstiden kan anses tillåten, framgår däraf, att, såsom en beräkning visar, den egentliga *vintern*, dec.—februari månader, samtliga år, likvisst med undantag af 1884, haft att uppvisa en större dödlighet än någon annan af de naturliga årstiderna.

Nedan stående tal utvisa fördelningen på de naturliga årstiderna af samtliga femårsperiodens fall af hjärtförlamning:

vintern (dec.—febr.)	136.
våren (mars—maj)	101.
sommaren (juni—aug.)	106.
hösten (sept.—nov.)	108.
	451.

Beträffande slutligen fördelningen på olika månader af samtliga de 634 fall af plötslig död, hvilka ingått i min stati-

tenden Beziehung. Diese kommen ferner nicht viel häufiger bei fallendem Thermometer und steigendem Barometer als bei steigendem Thermometer und fallendem Barometer vor. Dagegen wächst die Zahl dieser Todesfälle in einer Weise mit der Grösse der Auf- und Niederschwankungen beider Instrumente besonders des Thermometers, dass behauptet werden kann, sie kommen vorzugsweise nur bei grösseren Schwankungen derselben vor.» Att emellertid i fråga varande växlingar, såsom tämligen naturligt torde vara, icke äro att betrakta som den *första* orsaken till dessa dödsfall framgår tydligt däraf att enligt BERGER, »es kommen häufig sehr grosse Schwankungen vor, ohne von plötzlichen Todesfällen begleitet zu sein und umgekehrt.»

stik, och i hvilka de nyss afhandlade sålunda äro inbegripna, ber jag att få hänvisa till den å samma grafiska bild, som de hittills på tal varande kurvorna befintliga, afbrutna kroklinien. Dessa fall åter förete, såsom lätt utrönes, följande fördelning på årstiderna: [1])

vintern	176.
våren	144.
sommaren	143.
hösten	171.
	634.

Af den härmed afslutade statistiska studien hafva hufvudsakligen följande rön framgått:

1. I *74*,5 % af alla i rättsmedicinsk mening plötsliga, naturliga dödsfall efter det 14:de lefnadsårets slut betingas döden af *endarteritis chronica deformans* i någon af dess utgångar.

2. Dessa sist nämnda äro vid sådana dödsfall endast i mycket sällsynta undantagsfall af annat slag än något af följande: *hjärtförlamning*, *hjärtruptur*, *bristning af anevrism å aorta eller å dess utom kraniet belägna grenar*, *aortaruptur (inkl. anevrysma dissecans)* och *intrakraniel blödning.*[2])

3. Af nu uppräknade dödsorsaker uppträder hjärtförlamning i *71*,1 %, hjärtruptur i *2*,4 %, bristning af anevrism å aorta o. s. v. i *8*,7 %, aortaruptur i *2*,5 % och intrakraniel blödning i *15*,3 % af fallen.

4. Af alla i rättsmedicinsk mening plötsliga, naturliga dödsfall efter det 14:de lefnadsårets slut komma på dessa dödsorsaker följande procentvärden: hjärtförlamning *52*,9 %, hjärtruptur *1*,7 %, bristning af anevrism å aorta o. s. v. *6*,4 %, aortaruptur *1*,9 %, intrakraniel blödning *11*,3 %.

5. Det *manliga* könet lemnar till de i fråga varande genom kronisk endarterit betingade plötsliga dödsfallen en afgjordt *större* kontingent än det kvinliga. Dock är denna skilnad fullt skarpt och tydligt uttalad *endast* i de fall, att döden or-

[1]) Till jämförelse meddelas här de af BERGER funna talen: vintern 153; våren 107, sommaren 78, hösten 89 (a. s. sid. 376).

[2]) På 635 fall endast *en* gång *hjärnarteremboli*; i alla öfriga dödsorsaken någon af de här nämnda.

sakats genom *hjärtförlamning* eller bristning af *aortaanevrism*, då männen till fall af förra slaget lemna *64*,5 %, och till sådana af det senare omkring *79* %.

6. Betraktad såsom orsak till hjärtförlamning och plötslig död genom bristning af aortaanevrism inom det *manliga* könet, kan den kroniska endarteriten näppeligen betraktas såsom en *senil* affär, då det största antalet dödsfall såväl af det ena som det andra slaget inträffar under åldern *40—44* år.

7. *Männen* dö utaf genom kronisk endarterit orsakad hjärtförlamning, och med stor sannolikhet äfven utaf aortaanevrism, uti en i allmänhet *tidigare* lefnadsperiod än kvinnorna, hvarutaf den slutledningen synes berättigad, att den kroniska endarteriten hos de förra i allmänhet utvecklar sig raskare och mera deletärt än hos de senare.

8. De intrakraniela blödningarna förete, efter hvad det, att döma af ett mindre antal fall, vill synas, lika litet som hjärt- och aortarupturerna den i föregående punkt framhållna skilnaden mellan könen.

9. *Samhällsställning* och *yrke* såsom sådana synas *icke* ega någon nämnvärd betydelse, beträffande etiologien för *något* slag af de på tal varande plötsliga dödsfallen, hvilka orsakas af kronisk endarterit.

10. De plötsliga dödsfallen genom *hjärtförlamning* förekomma under årets 3 första och 3 sista månader tillsammantagna regelbundet talrikare än under öfriga sex månader, och af de naturliga årstiderna är det i allmänhet *vintern*, december—februari månader, under hvilken det relatift *största* antalet af sådana dödsfall uppträda.[1])

11. I allmänhet uppträda de genom kronisk endarterit betingade plötsliga dödsfallen talrikast under vintern, därpå under hösten och så, och med ungefär lika stor frekvens, under våren och sommaren.

Det torde emellertid knappast behöfva påpekas, att de resultat, den i det föregående meddelade statistiken här lemnat, långt ifrån obetingadt få anses såsom allmängiltiga, eller med andra ord lemna en för alla samhällen eller ens städer af med Wien någorlunda motsvarande storlek gemensam bild af den

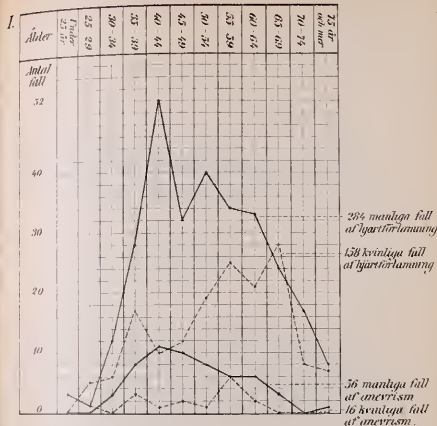
---

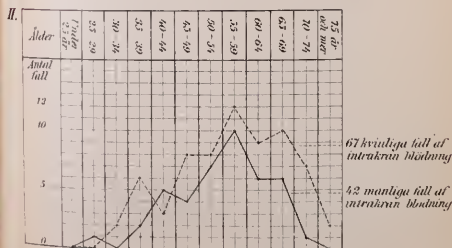
[1]) Därjämte synes det ej alldeles oantagligt, att för Wien och måhända andra därmed lika sydligt belägna orter, dessa dödsfall under juni—juli i allmänhet äro relatift talrikare än under de 2 närmast föregående och efterföljande månaderna.

kroniska endarteritens uppträdande såsom orsak till i rättsmedicinsk mening plötslig död.

Det är tvärtom i detta hänseende, och särskildt inför det kända, af flere forskare, såsom LEBERT,[1]) DUCHEK,[2]) CURCI[3]) o. a., påpekade sakförhållandet, att den kroniska endarteriten på skilda orter synes uppträda i en icke oväsentligt olika stark utbredning och möjligen äfven med olika malignitet, väl möjligt, att den teckning som här gjorts, i mer än ett hänseende och i större eller mindre grad återspeglar lokala förhållanden.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.





III.

Månad | Januari | Februari | Mars | April | Maj | Juni | Juli | Augusti | Septemb. | Oktober | Novemb. | Decemb.

1886 — 16, 8, 0

1885 — 16, 8, 0

1884 — 16, 8, 0

1883 — 16, 8, 0

1882 — 16, 8, 0

1881 — 16, 8, 0

66, 60, 50, 40, 30, 20

5års kurva för samtliga fall af kronisk endarterit *

5års kurva för fallen af hjärtförlamning *

* För denna kurva beräknas antalet fall från nedersta abscissan.

300 Tilfälde af Bändelorm hos Mennesket, iagttagne i Danmark.

Af

D:r H. KRABBE
i Köbenhavn.

Efter at der i Ugeskrift for Läger 1869 (R. 3, Bd 7, S. 89) — Nord. med. Ark., Bd 1, N:r 23, S. 15 var givet en Beretning om 100 i Danmark iagttagne Tilfälde af Bändelorm, samlede af Prof. HANNOVER og mig, gav jeg i Nord. med. Ark. 1880, Bd 12, N:r 23 en Meddelelse om 100 nye Tilfälde. Efter den Tid har jeg ved velvillig Tilsendelse fra forskellige Läger fået samlet et tredje Hundrede, som ere sammenstillede i nedenstående Tabel.

Tænia saginata (mediocanellata).

Löbenummer.	Patientens Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.	Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	När afdreven.	Anmärkninger.
1	Mandkön	Sön af en Arbejdsmand	9	——	Köbenhavn	Extr. æth. fil. mar.	300	F. Trier	1882	——
2	»	——	12	Köbenhavn	»	»	»	»	»	——
3	»	Vajsenhusbarn	14	»	»	»	380	»	1885	Hovedet medfulgte.
4	»	Koksmat	20	Ärö	Ärö	——	»	Köbke	1881	——
5	»	Arbejdsmand	22	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. fil. mar.	»	F. Trier	1887	Hovedet medfulgte.
6	»	Drager	23	Danmark	»	——	410	F. Nyrop	1880	——
7	»	Köbmand	»	Köbenhavn	»	Extr. æth. fil. mar.	430	F. Trier	1886	Hovedet medfulgte.
8	»	Underbådsmand	24	——	»	»	440	Schade	1881	——
9	»	Kommis	»	Skåne	»	»	500	F. Trier	1882	Hovedet medfulgte.
10	»	Stewart	»	Köbenhavn	»	»	250	»	1884	——
11	»	Maskinarbejder	25	Själland	»	»	—	»	1885	Hovedet medfulgte.
12	»	Kasserer	»	Köbenhavn	»	——	—	H. Krabbe	»	——
13	»	Politibetjänt	26	Danmark	»	Cort. rad. gran. og Rhizom. fil.	700	F. Trier	1880	——
14	»	Hovmester på et Dampskib	»	——	——	Cort. rad. Gran.	440	Risom	1882	Hovedet medfulgte.
15	»	Fabrikant	»	Köbenhavn	Köbenhavn	»	—	A. Iversen	1883	——
16	»	Maskinassistent	27	——	»	Extr. æth. fil. mar.	170	A. F. Rasmussen	1886	Hovedet medfulgte.
17	»	Dyrläge	29	Falster	»	Cort. rad. gran.	880	H. Krabbe	1883	»

18	»	Landmand	30	Italien	Själland	Cort. rad. gran. og Rhizom. fil.	190	D. G. M. Bölling	1885	——
19	»	Sömineaarbejder	»	——	Köbenhavn	——	—	A. F. Rasmussen	1886	Hovedet medfulgte.
20	»	Cigararbejder	32	Stockholm	»	Cort. rad. gran.	630	F. Trier	1881	»
21	»	Slagtersvend	»	——	Jylland	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	600	Lindemann	1884	»
22	»	Slagtermester	33	Danmark	Köbenhavn	Cort. rad. gran.	500	P. Beyer	1882	——
23	»	Landmand	35	——	Själland	Extr. æth. fil. mar.	250	A. Iversen	1884	——
24	»	——	»	Sverrig	Köbenhavn	»	200	A. F. Rasmussen	1885	——
25	»	Köbmand	36	——	Jylland	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	630	Lindemann	1886	——
26	»	Bogbinder	38	Hannover	Köbenhavn	——	—	E. Madsen	1885	——
27	»	Porcellänsmaler	40	——	»	Extr. æth. fil. mar.	350	V. Bendz	1887	——
28	»	Köbmand	50	Danmark	»	——	570	F. Trier	1886	——
29	Kvindekön	——	3	——	»	——	—	Hirschsprung	1882	Hovedet medfulgte.
30	»	Datter af en Landmand	»	Själland	»	Cort. rad. gran.	190	»	1887	»
31	»	Datter af en Smedemester	5	Köbenhavn	»	Extr. æth. fil. mar.	570	F. Trier	1883	»
32	»	Datter af en Handskemager	7	Fyn	»	»	630	»	»	——
33	»	Datter af en Köbmand	10	Jylland	»	»	300	»	1885	——
34	»	Datter af en Grosserer	»	Köbenhavn	»	»	380	Nebelong	1886	——
35	»	——	11	——	»	»	—	Hirschsprung	1887	Hovedet medfulgte.
36	»	——	12	——	»	Cort. rad. gran.	—	»	»	»
37	»	Tjänestepige	17	Själland	»	Extr. æth. fil. mar.	300	F. Trier	1882	»
38	»	»	19	Köbenhavn	»	»	100	»	1883	»

Löbenummer.	Patientens Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.	Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmärkninger.
39	Kvindekön	Fröken	20	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. fil. mar.	300	H. Krabbe	1882	—
40	»	Tjänestepige	»	Skåne	»	»	500	F. Trier	1883	Hovedet medfulgte.
41	»	Scortum	»	—	»	»	»	»	»	»
42	»	Tjänestepige	»	Köbenhavn	Själland	—	—	A. F. Rasmussen	1886	»
43	»	»	21	—	Köbenhavn	Cort. rad. gran.	—	F. Trier	1882	—
44	»	Datter af en Köbmand	»	Fyn	Fyn	Extr. æth. fil. mar.	570	»	1884	Hovedet medfulgte.
45	»	Ugift	22	—	Köbenhavn	—	300	»	1880	Funden ved Sektion.
46	»	Gift med en Grovsmed	»	Köbenhavn.	»	Extr. æth. fil. mar.	250	»	1882	Hovedet medfulgte.
47	»	Husjomfru	»	Fyn	»	Kamala	300	E. Hornemann	1883	—
48	»	Datter af en Gårdmand	»	Langeland	Langeland	Extr. æth. fil. mar.	—	F. Trier	1884	Hovedet medfulgte.
49	»	Tjänestepige	»	Sverrig	Köbenhavn	»	130	»	»	—
50	»	Kokkepige	»	Skåne	»	»	—	A. F. Rasmussen	1883	—
51	»	Tjänestepige	23	—	»	Cort. rad. gran.	500	Chr. Fenger	1880	—
52	»	»	»	Falster	»	Extr. æth. fil. mar.	700	F. Trier	1883	—
53	»	»	»	Köbenhavn	»	»	300	»	1886	Hovedet medfulgte.
54	»	—	24	Jylland	»	»	130	»	1882	»
55	»	Bondepige	»	—	Fyn	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	370	Lindemann	1886	»
56	»	Tjänestepige	»	Fyn	Köbenhavn	Extr. æth. fil. mar.	320	F. Trier	»	»

57	»	…bygger							
58	»	Ugift	»	Sverrig	»	»	880	»	1887	»
59	»	Tjänestepige	26	Fyn	»	»	—	»	1884	»
60	»	Kokkepige	»	——	Jylland	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	280	Lindemann	1886	»
61	»	Strygejomfru	»	Sverrig	København	Extr. æth. fil. mar.	380	F. Trier	1887	»
62	»	Gift med en Skräder	27	——	»	»	225	A. F. Rasmussen	1885	»
63	»	Enke	28	København	»	»	500	Biering	1880	——
64	»	Pige	»	Själland	»	Kousso	600	J. F. Nielsen	»	——
65	»	Gift med en Arbejdsmand	»	——	»	Extr. æth. fil. mar.	450	A. F. Rasmussen	1885	——
66	»	Kokkepige	»	Själland	»	»	380	F. Trier	1887	Hovedet medfulgte.
67	»	Gift med en Arbejdsmand	29	»	»	»	190	»	1884	——
68	»	Gift med en Porcellänsarbejder	33	»	»	»	—	V. Bendz	1885	——
69	»	Gift med en Arbejdsmand	36	København	»	»	500	F. Trier	1882	Hovedet medfulgte.
70	»	Gift med en Köbmand	40	——	Själland	Kousso	380	Lunddahl	1883	——
71	»	Gift med en Karetmager	42	Lolland	København	Cort. rad. gran.	400	F. Trier	1882	——
72	»	Gift med en Arbejdsmand	»	Fyn	»	»	220	——	»	——
73	»	Gift med et Postbud	43	»	»	»	470	H. A. Nielsen	1887	Hovedet medfulgte.
74	»	Enke (Tjänestepige)	45	——	»	Extr. æth. fil. mar.	—	A. F. Rasmussen	1885	——

Löbenummer.	Patientens					Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmärkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.					
75	Kvindekön	Dagvagt på Kommunehospitalet	45	—	København	Extr. æth. fil. mar.	675	A. F. Rasmussen	1883	Hovedet medfulgte.
76	»	Datter af en Slagter. Gift.	50	—	Ärö	Cort. rad. gran.	380	Köbke	1881	—
77	»	Bondekone	52	—	Jylland	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	560	Lindemann	1885	Hovedet medfulgte.
78	»	Enke efter en Grosserer	53	Fredericia	København	Extr. æth. fil. mar.	440	F. Trier	1887	—
79	»	—	54	—	»	—	300	»	1883	—
80	»	Enke efter en Bager (Kokkepige)	55	Bornholm	»	Extr. æth. fil. mar.	630	»	1886	Hovedet medfulgte.
81	»	Bondekone	56	—	Jylland	Cort. rad. gran. og Extr. æth. fil. mar.	760	Lindemann	1884	—
82	»	Forhen Skuespillerinde	58	København	København	Extr. æth. fil. mar.	440	Haslund	1882	—
83	»	Gift med en Murer	58	Jylland	»	—	—	E. Madsen	1887	—
84	»	Enke efter en Detailhandler	68	Fyn	»	Extr. æth. fil. mar.	700	Hartvigsen	1886	Hovedet medfulgte.
85	»	Kogekone	—	—	Fyn	Cort. rad. gran.	440	—	»	»
86	»	Gift	—	—	København	—	470	A. F. Rasmussen	1883	»

Tænia solium.

Löbenummer.	Patientens Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.	Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	När afdreven.	Anmärkninger.
1	Mandkön	Arbejdsmand	24	Själland	Köbenhavn	Cort. rad. gran. og Rhizom. fil.	160 og 130	F. Trier	1880	2 Exemplarer. Hovederne medfulgte.
2	»	Handelsrejsende	33	Köbenhavn	»	Extr. æth. fil. mar.	I Gjsn. 200	V. Lange	1886	10 Exemplarer.
3	»	Mursvend	35	——	»	»	Hver 150	A. F. Rasmussen	1880	2 Exemplarer. Hovederne medfulgte.
4	»	Glarmestersvend	36	——	»	»	320	F. Trier	1883	Hovedet medfulgte.
5	Kvindekön	Gift med en Blikkenslager	39	——	»	»	—	A. F. Rasmussen	1886	7 Exemplarer. Hovederne medfulgte.

Tænia cucumerina (elliptica).

Löbenummer.	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.	Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	När afdreven.	Anmärkninger.
1	Mandkön	Sön af en Gårdmand	$^{2}/_{12}$	Själland	Själland	——	—	Schlotfeldt	1886	——
2	»	——	$^{2}/_{12}$	Langeland	Langeland	——	—	Röse	1885	2 Exemplarer. Hovederne medfulgte.
3	»	Sön af en Galanterihandler	$^{4}/_{12}$	Köbenhavn	Köbenhavn	Cort. rad. gran.	—	Hempel	1882	——
4	»	——	$^{8}/_{12}$	——	»	——	Hver 16	A. F. Rasmussen	1885	2 Exemplarer.

Bothriocephalus latus.

Löbenummer.	Patientens					Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.)	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmärkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.					
1	Mandkön	Veterinärelev	23	Finland	København	Kamala	200	H. Krabbe	1885	—
2	„	Sömand	27	England	„	—	180	Zachariæ	„	—
3	Kvindekön	Gift	26	Rusland	„	Extr. æth. fil. mar.	Hver 980	F. Trier	„	2 Exemplarer. Det ene Hoved medfulgte.
4	„	Gift med en Läge	31	Finland	Själland	Rhizom. fil.	Indtil 200	Brodersen	1881	14 Exemplarer.
5	„	Kokkepige	41	Danmark	København	Extr. æth. fil. mar.	380	A. F. Rasmussen	1885	—

Af de förste 200 Tilfälde hidrörte noget over Halvdelen fra Köbenhavn; men af de sidste 100 Tilfälde ere 81 blevne behandlede dersteds, deraf 43 på Prof. F. TRIERS Afdeling på Kommunehospitalet.

For så vidt Patienternes Kön kendes, vare de enkelte Arter af Bändelorme hos samtlige 300 Patienter fordelte således:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Mandkön	59	17	6	3
Kvindekön	124	37	2	22

På de forskellige Alderskslasser bliver Fordelingen fölgende:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Under 1 År	—	—	9	—
Fra 1 til 10 År	11	7	—	—
» 10 » 20 »	14	5	—	—
» 20 » 30 »	79	15	—	10
» 30 » 40 »	35	15	—	6
» 40 » 50 »	20	4	—	5
» 50 » 60 »	15	2	—	—
» 60 » 70 »	4	—	—	2
Tilsammen	178	48	9	23

Den relative Aftagen i Hyppighed af Svinetintens Bändelorm (T. solium) i Forhold til Oxetintens (T. saginata), som havde vist sig i Tidsrummet 1869—80, fremträder endnu stärkere efter 1880, og den först nävnte må nu siges at väre temmelig själden her i Landet, i det mindste i Köbenhavn, hvorfra, som ovenfor anfört, det overvejende Antal af de sidste 100 Tilfälde hidrörer. Sammenstilles nemlig de 300 Tilfälde efter Tidsperioderne, bliver Resultatet fölgende:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
för 1869	37	53	1	9
1869—80	67	19	4	11 [1])
1880—87	86	5	4	5

Med Hensyn til Antallet af Bändelorme hos samme Patient stiller Forholdet sig (bortset fra den ene, som havde både T. solium og Bothr. latus) således: der fandtes af

[1]) Hos en Patient forekom både T. solium og B. latus.

T. saginata i 190 Tilfälde aldrig mere end 1 Exemplar;
T. solium i 77 Tilf. 13 Gange flere (indtil 10) Exemplarer;
T. cucumerina i 9 Tilf. 3 Gange 2 Exemplarer;
Bothr. latus i 25 Tilf. 5 Gange flere (indtil 14) Exemplarer.

T. saginata forekom omtr. dobbelt så hyppig hos Kvinder som hos Mänd og hos bägge Kön hyppigst i Alderen mellem 20 og 40 År. Nästen Halvdelen af samtlige Tilfälde falder endog i Alderen mellem 20 og 30 År. Om den i Virkeligheden nu forekommer hyppigere end forhen, lader sig ikke afgöre. Muligvis kunde det dog väre Tilfäldet som Fölge af den almindelige Anvendelse af råt Köd som diätetisk Middel, og der turde derfor väre al Anledning til i så Fald at undgå Anvendelsen af Oxeköd og hellere at bruge Heste- eller Fåreköd, som ikke udsätter for den Fare, at man befänges med Bändelorm.

T. solium og i Sammenhäng dermed tintet Svineköd er upåtvivlelig bleven själdnere end forhen. Også den forekom dobbelt så hyppig hos Kvinder som hos Mänd og fortrinsvis i Alderen mellem 20 og 40 År.

T. cucumerina träffes måske ikke fuldt så hyppig hos Mennesket, som det kunde synes efter det ovenstående. Den er mindre bekendt for Lägerne end de andre Arter af Bändelorme, og det er vel muligt, at dens ringere Störrelse og Forekomst i den späde Barnealder har medfört, at den forholdsvis hyppigere er bleven mig tilsendt. At den i 6 af de 9 Tilfälde optrådte hos Drengebörn, er vist nok tilfäldigt. Dels er Antallet kun ringe, dels er det ikke sandsynligt, at Könnet i det förste Leveår skulde have nogen Betydning i så Henseende.

Bothr. latus fandtes langt hyppigere hos Kvinder end hos Mänd, og det er også andensteds iagttaget, at den opträder hyppigst hos Kvindekönnet. Rimeligvis beror det på de samme Forhold, som medföre, at Kvinder hyppigere end Mänd befänges med T. saginata og T. solium, i det det er blevet oplyst, at man pådrager sig den ved Nydelsen af rå Fisk. BRAUN påviste nemlig i Dorpat, at den dersteds hos Mennesket almindelige Bothriocephalus lever som Larve i Gedden og Ferskvandskvabben. Der er vel af KÜCHENMEISTER rejst Tvivl, om den i Dorpat forekommende Bothriocephalus er identisk med den andenstedsfra bekendte Bothr. latus, og han mener, at det ikke er Gedden, men snarere Laxen (som f. Ex. i Sverrig

nydes rå som Gravlax), fra hvilken Mennesket får Bothr. latus. LEUCKART anser dog ikke de fremhävede Ejendommeligheder for tilsträkkelige til at begrunde en Artsforskel, og hidtil ere i alt Fald Bothriocephaluslarver, som i så Henseende kunde komme i Betragtning, ikke fundne hos Laxen. — Af de 5 efter 1880 behandlede Patienter med Bothriocephalus er der kun én, som må antages at have pådraget sig den her i Landet.

Det Middel, som ved de sidste 100 Tilfälde hyppigst er blevet anvendt imod Bändelorm, nemlig 63 Gange, er Extr. æth. fil. mar. (Gm 10) og derefter et Afföringsmiddel af Kalomel og Jalap (āā 50 Cgm). Om Anvendelsen af dette Middel, som har vist sig meget virksomt, se Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 13, S. 133.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från år 1886.

Fjärde kvartalet.

. **Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:** K. A. H. Mörner: Bidrag till kännedomen om färgämnena i melanotiska svulster.

K. A. H. MÖRNER: **Bidrag till kännedomen om färgämnena i melanotiska svulster.** Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 19.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 21.

Patologisk anatomi och allmän patologi: C. Reisz: Udviklingen af Tuberkulosens Patologi för og efter Opdagelsen af Tuberkelbacillen. — Hjalmar Heiberg: Om lepra mutilans og trofonevrotiske Forandringer ved Spedalskhed. — E. Schmiegelow: Nogle själdnere Tilfälde af Defekter i Näsens Skilleväg. — A. Holst: 3 Tilfälde af aneurysma ved Syfilis. — A. F. Rasmussen: En ny Teori for Oprindelsen til ulcus chronicum ventriculi. — F. G. Gade: En sexfingret Familie.

C. REISZ: **Udviklingen af Tuberkulosens Patologi för og efter Opdagelsen af Tuberkelbacillen.** Indbydelsesskrift til Köbenhavns Universitets Årsfest til Erindring om Kirkens Reformation. 1886. 59 S.

Forf. giver en kort og klar Fremstilling af den historiske Udvikling af Tuberkulosens Patologi fra Laennecs Tid til vore Dage og viser, hvorledes så vel de anatomiske som de fysiologiske Undersögelser allerede för Tuberkelbacillens Opdagelse efter mangehånde Svingninger havde gjort det sandsynligt, at den Laennecske Opfattelse af Tuberkulosen som en Enhed var den rette, at også Skrofulosen i sine forskellige Former var uadskillelig fra Tuberkulosen, og at Sygdommen var inokulabel og sandsynligvis kontagiös. Der gives dernäst en Oversigt over Tuberkelbacillens Udbredelse og Påvisning i de forskellige sygelige Väv og Sekreter hos Mennesket og Dyrene, og over den kliniske Anvendelse heraf. Det påvises, at der i et vist Antal Tilfälde

ikke er fundet Baciller selv i exkvisit tuberkulöse Organer, og de hermed sandsynligvis i Forbindelse stående Lakuner i vor Viden om Bacillens Naturhistorie påpeges. *S. Borch.*

HJALMAR HEIBERG: **Om lepra mutilans og trofonevrotiske Forandringer ved Spedalskhed.** Foredrag ved Naturforskermödet 1887. Klinisk Årbog III, S. 301.

Forf. söger i Afhandlingen at påvise, at de til dels meget betydelige Mutilationer af Extremiteterne, som opträde ved Spedalskhed, er af ren trofonevrotisk Natur. Han gennemgår kortelig Udviklingen af Lären om »trofiske» nerver og omtaler enkelte af de märkeligste hidtil observerede dystrofiske Tilstande, som man synes at måtte forklare på nevrotisk Vej, specielt nävnes de fra den nordamerikanske og den fransk-tyske Krig iagttagne Dystrofier efter Nerveläsioner samt CHARCOTS Iagttagelser om Artropatier hos Tabetikere. Der gives derpå Tegninger og Beskrivelser af Händer og Födder, som er atrofierede og som viser en påfaldende koncentrisk Atrofi af Falanger og forskellige Misdannelser af Fodrodbenene samt Artropatier, der stemme märkeligt overens med CHARCOTS pied tabetique. Forf. tror ikke at kunne tilskrive disse travmatiske Indvirkninger, men antager at de skyldes en leprös Nevrit. Sådan finder man jävnlig hos de lepröse og Afhandlingen ledsages også af et Tvärsnit af en i höj Grad afficeret Ulnarnerve, hvor ikke alene Nervebundterne er atrofierede, men hvor der også er rigelig Afsätning af »brune» lepröse Legemer mellem samme. Baciller fandtes ikke. *H. Heiberg.*

E. SCHMIEGELOW: **Nogle själdnere Tilfälde af Defekter i Näsens Skilleväg.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 985.

Forf. fremhäver, at Defekter i septum nasi ikke altid ere et Udtryk for en syfilitisk Lidelse, men at man kan träffe dem hos Individer, der ikke lide af nogen konstitutionel Sygdom. Forf. har således iagttaget en Perforation af den bruskede Del af Näseskilleväggen, som måtte opfattes som en *kongenit* Standsningsdannelse. Hos en anden Patient var Perforationen en Fölge af en travmatisk perichondritis, hvorimod en spontant opträdende periostitis i et tredje Tilfälde havde givet Anledning til en Perforation af den benede Del af septum nasi. *Schmiegelow.*

A. HOLST: **3 Tilfälde af aneurysma efter Syfilis.** Norsk Magaz. f. Lägevid., Forhandl. 1886, S. 141.

Forf. demonstrerede 3 Tilfälde af Anevrismer, hvoraf det ene var obduceret på Rigshospitalet.

Hos den *ene* Patient var der opträdt Syfilis for 20 År siden. Omtr. 8 Måneder för Döden opträdte Synkningsbesvär; få Dage för Döden gylpede han en Dag pludselig op ½ Liter Blod; denne gentog sig og under dette Anfald döde han. Ved Obduktionen fandtes et gåseägstort Anevrisme i arcus aortæ, der forsnevrede og havde brudt ind i œsophagus; Ventriklen og Bronkierne var fulde af Blod.

Den *anden* Patient gennemgik Syfilis for 16 År siden; omtrent alle andre anamnestiske Oplysninger mangler. Hun indfandt sig en Dag på Kontoret hos en Läge i Kristiania og klagede over Smerter i Halsen; umiddelbart efter faldt hun om på Gulvet i Kontoret og var död. Ved den af D:r JERVELL foretagne *legale Obduktion* fandtes et dueägstort Anevrisma på Overgangen mellem arcus og aorta descend. Anevrismet var også denne Gang brudt ind i œsophagus; hele Ventriklen og övre Del af Tarmkanalen var fulde af Blod (hvor vidt Patienten havde kastet resp. gylpet op Blod, lod sig ikke skaffe Oplysninger om).

Den *tredje* Patient viste hist og her omkring på Legemet Syfilisationsar efter den af afdöde Prof. W. BOECK övede Syfilisationskur; for övrig mangler Oplysninger om, når Pat. pådrog sig denne Sygdom. Et År för Döden indkom han på Kristiania Bys Sygehus med en Trakealstenose; der foretoges Trakeotomi og måtte indlägges en blöd Kateter helt ned til Bifurkaturen, för Dyspnöen lettedes. Senere svandt atter Symptomerne og Trakealsåret lukkede sig; for nogle Måneder siden indfandt Stenosen sig imidlertid igen og vedvarede i vexlende Grad indtil han döde for et Par Uger siden under en pludselig opträdende voldsom Hämoptyse. Ved Obduktionen viste sig en gåseägstor Udvidning af arteria anonyma, der gennem en sondetyk Åbning var perforeret ind i trachea omtr. 8 Cm. ovenfor Bifurkaturen.

Til Demonstrationen knyttede sig en kort Diskussion; KIÖNIG gav närmere Oplysninger om Sygehistorien for den först nävnte Patients Vedkommende, FAYE og CONRADI gjorde enkelte korte Bemärkninger angående Livsforsikringsanstalternes Stilling lige over for Syfilitikere. (Det var oplyst, at den först nävnte af de omhandlede 3 Patienter var antaget af et Livsforsikringsselskab 3 År för sin Död uden at Prämien var forhöjet, fordi det var så länge siden han gennemgik Sygdommen, uden at denne senere havde frembudt Symptomer.)

Holst.

A. F. RASMUSSEN: **En ny Teori for Oprindelsen til ulcus chronicum ventriculi.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1105.

Forf. har ved Obduktioner jävnlig fundet en Indsnöring på Ventriklen, som han mener skyldes Tryk udvendig fra og paralleliserer med Snörefurerne på Leveren. I nogle Tilfälde har Forf. sét en sådan Snörefure fra Leveren fortsätte sig tvärs over Ventriklen og endog nå over på colon descendens. Langs det indkärvede Parti af Ventriklen har R. fundet serosa fortykket, mucosa derimod atrofieret.

Forf. opstiller nu den Hypotese, at Trykket på Ventriklen i alle eller mange Tilfälde kunde väre Grunden til Dannelse af ulcus ventriculi, og stötter denne Hypotese på den Iagttagelse, at Cikatricerne efter ulcus ventriculi ofte findes symmetrisk på forreste og bageste Ventrikelväg, og at deres Säde hyppigst er ved lille Kurvatur og hyppigere på bageste Väg end på forreste. De nävnte Partier af Ventriklen ere nemlig särlig udsatte for Tryk, medens curvatura major er mere bevägelig.

Ved sine Sektioner har R. fundet, at i 77 Tilfälde af Cikatricer i Ventriklen hos Kvinder fandtes 34 Gange Snörefure på bägge Lapper af Leveren, i 16 af höjre Lap, i 3 af venstre; hos 10 Mänd med Cikatricer fandtes hos 2 Snörefure over Leveren.

F. Levison.

F. G. GADE: **En sexfingret Familie.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 683.

Forf. meddeler om en Slägt, hvor der i 5 Generationer fandtes overtallige Fingre, Tär eller begge Dele hos de 14 af 27 Individer.

Holst.

Speciel patologi och terapi: Diskussion i det norske medicinske Selskab om Lungetuberkulose og dens klimatiske Behandling. — E. Bull: Lupus pharyngis — Farynxtuberkulose. — I. Hopstock: Nogle Bidrag til Diagnosen af de kroniske Lungesygdomme. — E. Bull: Om Mavehoste. — E. Winge: Om ascites og specielt den så kaldte ascites idiopathicus. — E. Bull: To Tilfälde af intermitterende Albuminuri. — Ragnar Bruzelius: Om paroxysmal hemoglobinuri. — Johannes Mygge: Den kliniske Betydning af krystallinsk Urinsyresediment i Urinen. — F. Arentz: Et lidet Bidrag til Behandlingen af ileus, isär i Landpraxis. — S. Laache: »Pylephlebitis suppurativa» i flere Henseender opträdende som en akut Infektionssygdom med Udgangspunkt fra Ventrikelslimhinden og dödelig Udgang i Löbet af 16 Dage. — V. Uchermann: Lägebog for Sömänd. — Petræus: Et Tilfälde af kronisk Morfinisme. — O. W. Möller: I Anledning af et Tilfälde af kronisk Morfinisme. — C. Engelskjön: Den refrigeratoriske Ansigtslamheds elektriske Behandling. — Korrespondance.

Diskussion i det norske medicinske Selskab om Lungetuberkulose og dens klimatiske Behandling. Norsk Magaz. f. Lägevid. 1886, Forh., S. 64 o. s. v.

Korpsläge C. F. Larsen indledede Diskussionen. Han havde for en Del År siden, da samme Sag var på Bane i medicinsk Selskab, hävdet Hygienens Betydning ved Behandlingen af Lungetuberkulose. Siden den Tid har Koch gjort sin Opdagelse, dog har selve Behandlingen ej vundet meget derved. Efter Forsög på at dräbe Tuberkelbacillen er man bleven stående ved Forsöget på at göre den uskadelig, i det man gennem hygieniske Påvirkninger söger at berede den en slet Jordbund.

Erkendelsen af Hygienens Betydning ved Lungetuberkulose er i stigende, og Tilströmningen til Sanatorierne af lungesyge öges År for År. Man sender de syge derhen dels for at Lungerne direkte skal påvirkes enten gennem det specielle Klima (Höjdeklima — Söklima) eller kun gennem en sundere Luft, dels for at forbedre den almindelige Ernäring. Sanatorier af dette Slags har haft og har sit störste Virkefelt som Sommeropholdssteder. Som Vintersanatorium välges uden Tvivl fremdeles i de allerfleste Tilfälder et Kursted i Syden, for-

nemmelig Middelhavsegnene. Den hovedsagelige Indikation synes väre Forebyggelse af katarralske Tilstande, men for en stor Del også synes Brugen af disse Kursteder at bero på gammel Sädvane.

Man synes for en stor Del at väre kommen bort fra Anskuelsen om Specialvirkninger af det enkelte Slags Klimat. Vägten lägges mere på Virkningen af den friskere Luft. Er det så, at den uhindrede Brug af den frie og friske Luft er det väsentligste Kurmiddel, lå det ganske när at sende sådanne syge til sydligere Egne om Vinteren. Tidligere var det Katarren, man vilde undgå, — Tuberkulosen ansås jo grundet på Katarr hos disponerede Individer; det mildere Klimat vilde hindre Katarr, medens man antog, at denne mest udkliedes i kold Luft. Man kan fremdeles gå ud fra, at det er en vigtig Sag at hindre vedholdende Katarr så meget som mulig; men det vigtigste vil väre Tilgangen af frisk Luft, og med Hensyn hertil kan der väre adskillig at udsätte på mange af de sydlige Kursteder, hvor der er större Ansamling af Mennesker, bymässig Bebyggelse o.s.v. Disse Kursteders väsentlige Värd vil bero på Klimatets Jävnhed og passende Temperaturforholde. I begge Henseender har dog de fleste Misligheder. Således lider Revieraen om Våren meget af Temperaturvexlinger og kold Nordenvind. Det vil näppe väre mulig at finde noget Sted omkring Middelhavet, hvor den syge fordelagtigt kan opholde sig over 4—5 Måneder.

Man bör nu väre mere kritisk, når det gälder at sende täringssyge til Syden, da en Del af de Forudsätninger, hvorpå dette har väret grundet, i den senere Tid er fundne at väre i alt Fald i meget urigtige. Det er ved adskillige Erfaringer fra vort kolde Land påvist, at Kulden ikke skader, at den ikke hindrer täringssyge at opholde sig i det frie, og at de ikke er särlig udsat for Katarr i den kolde Årstid. Selv har han gennem flere År brugt at sende täringssyge på Landet om Vinteren, og har han deraf kun set gode Resultater deraf og aldrig Skade. For de fleste täringssyge, hvis Forhold tillader dem at forlade Hjemmet, bör sikkerlig Sanatoriet så vel Sommer som Vinter söges inden vore egne Gränser. Det er sandsynlig, at der i vor Luft findes bedre Betingelser for Helbredelse end i de sydlandske Kursteder og mange Steder i vort Land trods Kulden jävnere Temperatur. Og denne Kur kan fortsättes vedvarende uden uforholdsmässige Udgifter. Valget af Sted er dog ikke ganske uden Betydning. Der findes Egne, hvor syge med Lungelidelser befinder sig mindre vel om Vinteren, nemlig Kyststräkningerne. Som Regel bör Indlandsdalförene anbefales. Til disse må også regnes de indre Fjordbygder i Bergens Stift.

Grunden til den gode Ernäring, som nästen altid ses hos dem, der under gode Forhold lever i vore Indlandsbygder, er vel ej tilsträkkelig kendt. Heller ikke kan der vel siges, om der i Luften (Ozon eller andet) er noget, som virker helbredende hos tuberkulöse. Höjdeklimatet er tillagt Betydning, mulig med rette. Om Luftfortyndingen, Ozongehalten eller andre ukendte Forhold spiller den väsentlige Rolle, vides ikke. Om Fugtighed uanset Temperaturforholdene har Indvirkning, gavnlig eller skadelig, blir også et åbent Spörgsmål. De sydlige Kursteder frembyder i så Henseende Extremer som Ägypten

og Madeira. Men er Luftens Temperatur lav som hos os om Vinteren og også om Sommeren, bör uden Tvivl en så vidt mulig tör Luft foreträkkes. Den tidligere Periode af kronisk forlöbende Tilfälde giver det taknemmeligste Material for Behandling, og netop for disse vil Vinterophold i vore egne Fjälddistrikter väre särlig indiceret. Det samme gälder med noget större Indskränkning de kroniske Tilfälde med begränset Kavernedannelse.

Ikke så få syge har de senere År haft Vinterophold på Gårde og Hoteller i Landsbygder. På Tonsåsens Sanatorium har der også i fjor Vinter väret forplejet nogle. Ophold på Landsgårde kan kanske väre vel så god og behagelig for de syge. I et hvert Tilfälde vilde det dog väre nyttigt, at Vintersanatorier oprettedes i de indre Dalförers höjre liggende Egne. Disse Sanatorier vilde imidlertid kun hjälpe de ökonomisk bedre stillede. For den store uformuende Mängde var det önskeligt, at Hospitaler med det samme for Öje oprettedes nogenlunde i Byernes Närhed, helst i Forbindelse med et större Gårdsbrug. Sådanne Hospitaler kunde også väre af Betydning for Sygdommens Profylaxe.

Lochmann var skeptisk lige over for den friske Lufts ubetingede Gavnlighed i phthisis. I Bœrum, hvor Luften er overmåde sund og frisk, döde Folk af Tuberkulose så vel i Dalen som i de höjere liggende, skovrige Strög. — På Vestlandet så han Täringspatienter leve over Forväntning länge trods ugunstige ydre Vilkår. På Rigshospitalet havde han set dem dö påfaldende snart efter Indläggelsen trods de tilsyneladende gunstige Betingelser og god ren Luft.

Den friske Luft fordrede med Nödvendighed en livligere Stofvexel, og dette kunde Ftisikeren ikke tåle på Grund af den mangelfulde Assimilation.

Fra Chemnitz, en By med betydelig Fabrikvirksomhed og derfor rögoverfyldt, forelå pålidelige Beretninger, at deraf ingen Ulämpe såes; uagtet Rögen og Tågen i London fremböd Befolkningen der et rödmusset sundt Udseende.

C. F. Larsen mente her ikke var Tale om Teorier, men om, hvad der er set. Hans Erfaringer gik ikke i den Retning.

Vedeler: Phthisis forlöber i Syden 2½ Gang så hurtig som i Norden. Refererede en Udtalelse af Andrew Clarke, at man skulde sende en Ftisiker til höjere liggende Steder, så fremt man havde Håb om Helbredelse; derimod til Syden, så fremt det kun var Lindring, der tilsigtedes.

G. Finne: Specielt for phthisis må ren, frisk Luft väre en gavnlig Faktor, hvor store Partier af Lungerne ere sat ud af Virksomhed, hvor der altså er store Vanskeligheder for Blodets Fornyelse, og der også af denne Grund sker Afbräk i Organernes Ernäring. Fra de forskellige Sanatorier har der i de senere År väret refereret bevisende Exempler på Helbredelse af phthisis. Fra Görbersdorf, Tonsåsen og nu sidst fra Falkenstein. Selv havde han ej personlig kunnet opföre noget Tilfälde af helbredet Täring, indtil han nu havde et, som han fremviste for Selskabet. — Styrmand, 27 År gl, hostet siden Våren 1884; ved förste Undersögelse d. $^{27}/_{9}$ 84 hektiserende, Dämpning og knatrende

Rallelyd i höjre Lungetop. Forordnedes Sängeleje i flere Måneder, var inde til April 1885. Tilstanden da uforandret. Han sendtes så i Juni op til Sörkedalen, när Kristiania. Var der til ud på Hösten; afgjort Bedring af alle Symptomer; han har senere og i hele Vinter boet ved Nordstrand, men daglig väret i Byen og besörget sine Forretninger. D. 28de Febr. d. Å. erklärede han sig fuldständig frisk, ingen Hoste; Undersögelsen gav negativt Resultat.

I. C. Holm: Når der skal väre Tale om Behandling og en heldig Udgang af phthisis, er Diagnosen af Lungetuberkulosens förste stadium af Vigtighed. Når det kliniske Begreb »Spidskatarren» er der, har man patologisk-anatomisk for sig allerede betydelige Strukturforandringer i Form af peribronkitiske eller interstitielle tuberkulöse Processer, ja endog spredte deskvamativ-pnevmoniske foci eller mindre Kaverner. Grancher hävder som tidlige diagnostiske Tegn: Påvisning af Baciller i sputum, Forandring i det vesikuläre Åndedrät med ru Inspiration og forlänget Exspiration, senere hen Bronkofoni, Dämpning og Rallelyd. — Hvad der först kan lede Tanken hen på en begyndende Lungetuberkulose er ofte mere en nöjagtig Anamnese (arvelig Disposition, Smitteforhold), Patientens Alder, Forstyrrelser i det subjektive befindende, Arbejdsulyst, aftagende Appetit, langsom Nedgang i Kräfter, lette anämiske Symptomer, let Aftagen i Huld, liden, akcelereret Puls, kölige Händer. Hoste kan mangle, isär ved Spidsaffektioner, der begynde i det parenkymatöse eller interstitielle Väv. Begynder den derimod med prävalerende bronkitisk Karakter, så har man Hoste, sväkket Respiration, Slimrallen, måske kortere Tone over clavicula, forö̈get Resonans. Den sidste kan väre et värdifuldt fysikalsk Tegn; undersöges bedst ved vexelvis at applicere Stetoskopet over begge apices og lade Patienten tälle eller tale langsomt. Hvor Processen begynder i Lungens Parenkym, med pnevmoniske foci, finder man ingen Rallelyd, näppe nok Dämpning, men hyppigt en Udfyldning på den syge Side. Denne Forögelse i Volum skyldes den kolossale Proliferation af Celler, den så kaldte deskvamative Pnevmoni; Udfyldningen, den nästen manglende Respiration, formindsket Resonans leder her Diagnosen. Den tredje Hovedform er den interstitielle eller fibröse Tuberkulose. Her mangler også länge katarralske Symptomer, derimod vil en Aftagen i Volum, bronkial Respiration, forstärket Resonans og Dämpning efterhånden kunne påvises. Påvisning af Tuberkelbacillen lykkes ikke altid, isär i Tilfälde af interstitiel Natur.

Udsigten til Held ved en hygienisk Behandling er desto större, jo tidligere Sygdommen opdages. Denne Behandling stöder hos den mindre bemidlede Klasse på uovervindelige Vanskeligheder. Det stiller sig som et uafviseligt Krav, at der, så vidt Midler tillader det, opföres sundt beliggende Sygehuse til Optagelse af ubemidlede täringssyge. Lige over for Lungetuberkulosens senere Stadier må der også stilles Krav til en forbedret Hygiene i Henseende til Sygdommens mulige Overförelse til andre. Hensynet til de syges Omgivelser og disses Sikkerhed har også store Krav på vor Opmärksomhed. Fölgende Foranstaltninger kunde således önskes: Oprettelse af komunale eller Distriktssygehuse, hvor Täringspatienter, hvis Hjem ikke byder betryggende

Kavteler mod Udbredelse af Smitte kunde indlägges og forplejes. Forbud mod at udsätte Börn i Familier, hvor täringssyge har sit Ophold. Jordemödre med Tegn på Lungetuberkulose forbydes at udöve Praxis. Täringssyges Töj og Efterladenskaber tilintetgöres eller desinficeres grundigt.

Prof. Voss meddelte et Sektionsfund som et godt Exempel på Helbredelse af Lungetäring.

Blomberg meddelte sine Erfaringer om Lungetuberkulosens hygieniske og klimatiske Behandling ved Tonsåsens Sanatorium de sidste 3 År. Som Regel gik Patienterne i Befindende, Huld og Kräfter frem under Opholdet; denne opnåede Bedring holdt sig kortere eller längere Tid, så er der indtrådt Forvärrelse, som da ofte var Begyndelsen til Enden. Flere Patienter forlod Sanatoriet tilsyneladende helbredede, Helbredelsen har holdt sig ½ År lige til 3 År; så har Lungeaffektionerne — nästen altid efter påviselig skadelig, ofte selvforskyldt, Påvirkning — recidiveret for ikke mere at svinde. Endnu var en Rest af 4 helbredede tilbage (foruden 4, hvor Diagnosen muligens var tvivlsom). Hos en Del Patienter var opnået en Tilbagegang af Lungelidelsen, og vedligeholdtes denne relative Helbredelse ved strängt Regime og stadig gentagende Sommerophold ved Sanatoriet. I Fölge sine Erfaringer heldede B. til Dettweilers Anskuelse, at Lungetuberkulosen har den samme Tendens til Helbredelse som de fleste andre Sygdomme, men at den största Del af Ftisikere går til Grunde, fordi der hos disse så let opstår Forstyrrelse i den naturlige Rekonvalescens. For en effektiv Behandling af Lungetuberkulosen var det nödvendig, at Patienterne kunde tilbringe ikke alene Sommeren, men också hele den övrige Del af Året på klimatisk og hygienisk gunstige Steder. I fjor Vinter gjordes et sådant Forsög på Tonsåsens Sanatoriums Vedkommende, og var Resultatet over al Forväntning godt.

I vore egne klimatiske Forholde, kanske specielt Vinterforholde, har vi gode Betingelser for Lungetuberkulosens Behandling. Hvad der i klimatisk Henseende udfordres er en muligst ren Luft, Vindstille, lidet Skydäkke, ej stärke Temperaturforandringer eller extremt lave Grader, varigt Snedäkke. Disse klimatiske Faktorer findes mange Steder i vort Land; men der findes andre, vel så vigtige Faktorer, — og det er de hygieniske, med sine Krav til Beboelses- og Opholdsvärelser, til Kost, til Patienternes Levesät i sine mindste Detailler. Heri ligger Vanskeligheden for Sagens Realisation for Sagen i sin Almindelighed, og Vanskeligheden ved at kunne nöje sig med Bondegårdene i vore Dalförer. Det er ikke nok, at Luften udenfor er frisk og ren; selv kraftige Patienter formå näppe at färdes ude mere end 3 Timer ved Vintertide; de övrige 20 Timer af Dögnet ere de henviste til Stuelivet, og Stueluften på Bondegårdene er näppe den bedste; Värelsernes Opvarmning också uheldig med de vanlige Järnovne; ved stärkere Kulde falder Sovevärelsernes Temperatur under 0°. Fordringen til en rationel Ernäring kan ej tilfredsstilles, og så kommer hertil det slemme ved at sende sådanne Patienter på egen Hånd op i Landet, at man ikke länger kan öve nogen Kontrol på deres Levesät. Et med Sundhedens Krav fuldt overensstemmende Levesät, som for Fti-

sikeren er en Hovedbetingelse, vil kun få formå at gennemföre uden den fornödne fagmässige Kontrol. Der tiltränges hos Patienten ikke alene Intelligens, men også betydelig Viljekraft og Selvfornegtelse til at opfylde alle disse Småkrav, der hver for sig synes ubetydelig, men som tilsammen har så stor Vägt og Betydning.

Så länge der ikke på dertil skikkede Steder og med just den klimatiske Behandling af Lungesvindsot som Hovedöjemed oprettes permanente klimatiske Helbredelsesanstalter, får den hygienisk-klimatiske Behandlingsmetode näppe större Kraft her hjemme. Den klimatiske Behandling er fuldt så meget som mange andre af vore Midler et remedium anceps; der kräves metodisk Ordination og sträng Individualiseren.

De heldigste klimatiske Vinterforholde findes vel näppe i selve Dalförene, de generes meget af Sne og Bläst. Vind anses med Rette for en slem Fiende for Ftisikere med deres dårlige Hudsystem og mangelfulde Varmeproduktion. Dalförene er også mere udsatte for bratte og stärke Temperaturforandringer. At foreträkke er Steder på Skråningen af Åsrygge eller et Stykke opad Dalsiderne, lunet af omgivende Skove. På Grund af vort Lands ejendommelige Overfladeforhold gives der talrige sådanne Steder, som takket väre sin lokale Beliggenhed nyder särlige klimatiske Fordele i Modsätning til Lavlandet nedenfor. Om Vinteren ligger det vanlige Skydäkke betydelig lavere end om Sommeren; for vore Dalförers Vedkommende ofte kun få hundrede Fod over Overfladen, ofte lige ned på den; da Skydäkket end videre som Regel ej har betydelig Tykkelse, har man opad Dalens Sider ofte klar Himmel, medens der i Dalen kun er gråt i gråt. Deraf resulterer for sådanne Steder större Antal Dage med klar Himmel og Solskin. Som Regel aftager Temperaturen med Höjden over Havet. Dette er dog, isär om Vinteren, underkastet mange Afvigelser, alt efter de lokale Forhold. De vidstrakte Höjdeplateauer i vort Lands centrale Dele virke som rene Kuldearnesteder; Atmosfärens laveste Lag blir her på Grund af Jordens stärke Varmeudstråling og dens ringe Varmetilförsel stärkt afkölede, de träkker sig derfor stärkt sammen, blir tungere, og ligesom Vasdragene flyder nu også denne kolde, tunge Luft ned over og breder sig på Bunden af Dalförer og Dalsänkninger; under sådanne Forholde voxer Temperaturen med Höjden. Så länge Kulden er en naturlig Fölge af det stedlige Forhold mellem Varmetilförsel og Varmestråling, vil de höjere liggende Steder vise forholdsvis lavere Temperaturgrader. Tonsåsen således 1,5° lavere end det 220 Meter lavere beliggende Granheim, så länge ikke Temperaturen synker under + 10° C. Synker derimod Temperaturen under + 10°, så viser Tonsåsen gennemsnitlig et *plus* af 2,4°. Disse extremt lave Temperaturer i Dalförene skyldes så at sige importeret Kulde, og denne Kulde går de höjere liggende Steder fri for. På samme Måde som de kolde Luftlag fölger også til dels Tåge og Vind i Dalförene.

I rent fysiologisk Henseende turde vel en vis Höjde over Havet heller ikke väre uden Betydning, selv om der end som hos os kun kan väre Tale om Höjder på 4—600 Meter. Patienternes subjektive

Fornemmelser taler i et hvert Fald for en sådan Antagelse. Den fortyndede Luft er absolut törrere, da den har mindre Vanddampskapacitet; man fryser derfor mindre på Höjderne, da det er Luftens Vanddampe som er det varmeabsorberende Element. Med Höjden tiltager også i Fölge MIQUEL Luftens Renhed for Mikroorganismer, ligesom Ozongehalten.

GJÖR meddelte 3 casus, hvor Helbredelse af Lungetäring var opnået under längere Ophold på Landet her hjemme (Ringerike og Hadeland). Han havde også i et Tilfälde set god Nytte af Ophold i Lofthus i Hardanger, der imidlertid mere har et Indlandsklima end Kystklima. I det hele taget vilde han med LARSEN give Östlandsklimaet fortrinnet. Som Regel vil flere Års Ophold väre nödvendig for en virksom Kur. Han sender nödig Ftisikere til Udlandet; det måtte da väre til Görbersdorf eller Davos.

C. F. LARSEN replicerede til BLOMBERG, at hvis det var så nödvendig at passe på de syge, kunde man nästen opgive Sagen. Han lagde ikke så stor Vägt på de af B. omtalte klimatiske og hygieniske Momenter og mindst den vidt drevne Forsigtighed. Når man skulde have Betänkelighed ved at indlogere Ftisikere i private Huse, var det ikke så meget, fordi disse resikerer at få mindre god Kost og Bolig, som fordi de kan tänkes at overföre Sygdommen.

W. MOHN fremholdt ved at referere 3 Sygehistorier Tuberkulosens Smitsomhed lige over for Börn. De to döde af tuberkulös Meningit, den tredje af Lungetuberkulose. Hos alle tre var der stor Sandsynlighed for en direkte Overförelse fra Omgivelsen. Hvis denne var foregået fra Individ til Individ, kunde Inkubationen in casu sättes til 5—6 Måneder. Et almindelig Fund hos Börn, der dör af Tuberkulose, var ostagtig degenererede foci i Mesenterial- og Bronkialkertler; disse måtte opfattes som focus for den generelle Infektion.

Blomberg.

E. BULL: **Lupus pharyngis — Farynxtuberkulose.** Klinisk Årbog III, 1886.

Hos en 23 År gammel Tjänestepige, som fra Barnsben havde väret skrofulös, hos hvem der fra hendes 18de til 22de År havde udviklet sig en lupus nasi med Perforation af septum; som end videre 3 Gange havde haft erythema nodosum og en Räkke Anginaer, fandtes ved Indkomsten i Hospitalet på bagre Farynxväg et mandelstort Sår, angående hvis närmere meget nöjagtige Beskrivelse må henvises til Originalen.

Tilfäldet giver Forf. Anledning til en kort Udredelse af Forholdet mellem Skrofulose, Tuberkulose og lupus, og dernäst til en indgående Behandling af Temaet Tuberkulose og lupus i pharynx. Han opstiller fra et praktisk klinisk Standpunkt 3 Hovedformer af Tuberkulose i Svälget 1) akut Miliärtuberkulose, 2) kronisk Miliärtuberkulose, 3) lupus. — Efter i forbigående at have berört det mulige Forhold mellem Tuberkulose og erythema nodosum, gennemgås de vigtigste differentialdiagnostiske Tegn mellem kankröse, syfilitiske og tuberkulöse Sår i Svälget. — Et Spörgsmål har påträngt sig Forf., nemlig hvorfor

Bacillerne — dersom man går ud fra, at lupus betinges af Tuberkelbaciller — i Flertallet af Tilfäldene frembringer de almindelige tuberkulöse Processer, men igen i själdnere Tilfälde de Sygdomsbilleder, som betegnes som lupus. Han kan tänke sig flere Muligheder, men den rimeligste Hypotese forekommer ham at väre en *Afsväkkelse af Bacillernes virulens* uden at han närmere kan gå ind på denne Sag. — Til lokal Behandling af Såret valgte Forf. 80 % Melkesyre, hvormed han fandt sig särdeles vel tjänt. *J. Hopstock.*

J. HOPSTOCK: **Nogle Bidrag til Diagnosen af de kroniske Lungesygdomme.** Klinisk Årbog III, 1886.

Forf., der tror, at man i Almindelighed er altfor tilböjelig til ved kroniske Sygdomme i Lungerne at stille Diagnosen Tuberkulose, meddeler med tilhörende Sektionsresultater 3 Tilfälde af Lungeskrumpning i Forbindelse med kronisk Bronkit, Bronkiektasier og Pleurasammenvoxninger, hvoraf der i de to ikke fandtes Tuberkulose, medens den tuberkulöse Infektion i det tredje måtte antages at väre tilkommen på et meget sent stadium i Sygdommens Forlöb.

Til casus er knyttet nogle Bemärkninger om Lungeskrumpning. *J. Hopstock.*

E. BULL: **Om Mavehoste.** Foredrag ved Naturforskermödet 1886. Klinisk Årbog III, 1886.

Forf. gennemgår de vigtigste Udtalelser i Literaturen angående Spörgsmålet »Mavehoste». Medens der efter disse må anses for afgjort, at Hoste ikke under *normale* Forholde kan frembringes gennem Reflex fra Maven, antager Forf. at der intet er i Vejen for at tänke sig en Forandring i Innervationen hos enkelte Individer, hvorved en sådan Reflexvirkning blir mulig. For at positive kliniske Iagttagelser vil kunne bringe denne Sag på det Rene og Forf. tror, at et Sygdomstilfälde, som observeredes på hans Afdeling, tör väre af Interesse som et Indläg i dette Spörgsmål.

Hos en 24 År gammel Tjänestepige, der i mange År havde väret plaget af klorotiske og dyspeptiske Symptomer, optrådte temmelig pludseligt en ejendommelig yderst häftig og vedvarende tör Hoste; Tryk i cardia bragte Hosten til at tiltage i påfaldende Grad, medens Tryk alle andre Steder var uden nogen som helst Virkning. Gentagne Undersögelser af Lungerne viste kun lidt mindre Sonoritet, lidt ru Inspirationslyd og noget forlänget Exspiration i höjre fossa supraclavicularis, men ingen Rallelyd. Undersögelse af pharynx, larynx og genitalia gav negativt Resultat; på venstre Trommehinde fandtes en liden Åbning, men intet Sekret; Öreundersögelsen forårsagede ingen Hoste. Energisk Anvendelse af narcotica hjalp intet men — da Pat. sattes på absolut Diät og fik 3 Gm subnitras bismuthicus 4 Gange daglig, dämpedes Hosten betydeligt allerede efter det förste Pulver og ophörte efterhånden ganske i de påfölgende Dage. — Da Pat. senere begyndte at sidde oppe, optrådte häftige Smerter i cardia, et Par små Blodbräkninger og samme voldsomme Hoste som för; Hosten svandt

atter, da den omtalte Behandling repeteredes. Pat. udskreves helbredet; måtte atter indlägges efter 3 Dages Forlöb, da Hosten igen indfandt sig. Der institueredes nu kunstig Fodring (Mälk og Ködpulver per Sonde), hvorefter Hosten atter snart svandt, for senere ikke mere at indfinde sig. — Forf. raisonnerer over casus og kommer per exclusionem til at antage Ventrikelen — det eneste Organ, hvorfra der for Tiden forelå Sygdomstegn — som det Sted, hvorfra Hosten udlöstes. Hvad den specielle Ventrikelsygdomme angår, omtales forskellige Muligheder, uden at Forf. i denne Henseende stiller nogen bestemt Diagnose. *J. Hopstock.*

E. WINGE: **Om ascites og specielt den så kaldte ascites idiopathicus.** Klinisk Årbog III, 1886.

Efter en Oversigt over Literaturen, specielt nyere Arbejder af GALVAGNI, REHN, STEINBRÜCK og QUINCKE, omtales de i Årene 1868—86 på Rigshospitalets med. Afd. A behandlede 14 Tilfälde af »Hydrops», 18 af »ascites», tilsammen 32 (hvor nöjere Diagnose ikke var opgjort). Heraf udskreves helbredede 9, bedrede 3, uhelbredede 1, döde 16 og var 3 fremdeles under Behandling.

Hos de 16 döde fandtes Sygdommen i 8 Tilf. at väre cancer (peritonitis, ventric., hepar), i 5 Tuberkulose i peritoneum, i 2 cirrhosis hepatis, i 1 hver af följende: pericarditis tuberculosa, Fedthjärte og Tuberkulose, Fedthjärte og adenomata hepatis, myopericarditis chronica non tuberculosa.

Den uhelbredede havde sandsynligvis cancer.

De bedrede vare: 1 cirrhosis hepatis, 1 Hjärtefejl (sandsynligvis), 1 ascites og pleuritis.

Cirrhosis hepatis synes i Kristiania at spille en ganske underordnet Rolle i Ätiologien af ascites og i det hele at väre själden. Af de på Afdelingen 1868—1885 behandlede 7200 Tilfälde, hvoraf 4423 Mänd og 2677 Kvinder, havde kun 6 (5 M. og 1 Kv.) cirrhose. De hyppigste Årsager til dödelig ascites er Kräft og Tuberkulose.

De *helbredelige Hydroper* omfattede 9 helbredede og det ene af de bedrede, der havde Diagnosen ascites og pleuritis. Af disse 10 må udskilles 2 — det ene var Hydrops efter morbilli uden Nefrit, det andet en serös Perikardit, sandsynligvis en larveret akut Revmatisme, måske på Grund af Menostasi kompliceret med ascites; denne stod også under Diagnosen Hydrops. De övrige 7 atter var altså benävnte ascites; af 18 Tilf. af »ascites» var altså udskrevne 7 helbredede, 1 i Bedring, 1 uhelbredet (cancer?) og 6 döde, samt 3 tilbageliggende. Foruden de 7 helbredede, den bedrede og de 3 tilbageliggende beskrives närmere 1 Tilf. fra med. Afd. B og 1 fra privat Praxis, tilsammens 13 Tilfälde.

Af disse 13 var efter Epikrisen:

1) 6 kroniske Peritoniter,

2) 1 Menostasi uden Spor af inflammatoriske Symptomer,

3) 6 tvivlsomme Tilfälde. Deraf var en efter trauma med antaget Extravasat i Underlivet, 1 efter forudgangen pyämilignende Feber,

1 efter Panaritier og Seneskedebetändelser, 1 efter kronisk Diarré og rachitis, 1 efter Anämi og forudgangen svär Plevrit, 1 udviklede sig akut efter en akut Cystit.

Resultatet resumeres således:

1. Idiopatisk ascites kan kun antages i höjst 1 Tilfälde (Menostasier).

2. Peritonitis serofibrinosa eller serosa ligger til Grund for Pluraliteten af Tilfäldene (foruden de 6 »sikre», de fleste af de »tvivlsomme»). *Diagnosen* stöttedes i de 6 sikre Tilfälde på 1) *Dämpningsfiguren*, der ikke var overensstemmende med den i ascites sädvanlige men kunde forklares ved Sammenkläbninger mellem Organer og Bugväg. 2) Påvisning af *faste Exsudatmasser* under Resorptionen. 3) *Det udtappede Fluidums Beskaffenhed* (Äggehvidegehalt fra 3½ til 7½ %, og mikroskopisk: Rundceller, kornede store Celler, detritus og röde Blodlegemer). 4) Mindre väsentlige Fänomener: *Feber* i ringe Grad i de fleste Tilfälde, *Ömhed* og *Smerte* i et Par Tilfälde. 5) Komplikationer med *Plevrit* i 3 Tilfälde. I 2—3 Tilfälde *hydrothorax*, som måske var inflammatorisk.

Ätiologi. Af de 13 var 4 Mänd, 9 Kvinder (af de 6 sikre Peritoniter: 1 Mand, 5 Kv.). Alder hos de fleste 17—20 År, to 40—50 og to Börn. Påviselige Årsager i 2 Tilfälde refrigerium, hvoraf i 1 tillige Menostasi; Menostasi alene i 1 Tilfälde, i 3 ingen Årsager at påvise. Om de 6 usikre se ovenfor.

Forlöb. Prodromer fra 1—6 Uger i de fleste Tilfälde, i 2 var Ansamlingen förste Symptom. Varighed fra 7 Uger (1 Tilf.) til omtrent 1 År.

Behandling. Paracentese måtte göres i de fleste Tilfälde, indtil 2—3 Gange i nogle. De sädvanlige diuretica uden påtagelig Virkning undtagen i 3 lette Tilfälde. Multer og Melkekur brugtes gerne samtidig. Virksomt viste sig Coffein i store og stigende Doser (Benz. natr.-coff. fra 0,30 til 1,00 daglig) isär i Forbindelse med Törstekur, diaphoretica (Bade) og laxantia var uden Nytte. Desuden brugtes Jod og tonica nogle Gange.

Sängeleje anvendtes hos alle indtil Resorptionen var i god Gang.

E. Winge.

E. BULL: **To Tilfälde af intermitterende Albuminuri.** Klinisk Årbog III, 1886.

1. En 21-årig Mand, hos hvem man med nogen Grund kunde tänke på Skrumpnyre, men hvor det dog efter närmere Undersögelse var sandsynligst at antage et af de mere og mere almindelig forekommende Tilfälde af intermitterende Albuminuri hos nervöse og sväkkede Individer, särlig i Ungdomsårene. Der gjordes under Pat:s Ophold på Hospitalet 2 Räkker metodiske Undersögelser — i tilsammen 40 Dögn — af Urinen med Hensyn på Äggehvide; af den meddelte Tabel ses, hvilken stor Betydning Legemsbevägelser havde i dette casus. Så länge Patienten stadig holdt Sängen, fandtes aldrig Albumin, efter-

hånden som Pat. begyndte at sidde mere og mere oppe, blev Påvisningen af Albumen altid hyppigere.

2. En 28 År gammel Skomager, som altid havde väret bleg og mager, af og til lidt af dyspeptiske Besvärligheder, for övrigt altid väret frisk. Han undersögtes först i 20 Dage poliklinisk, han indlagdes derpå i Hospitalet, hvor hans Urin i omtrent 7 Uger undersögtes hver Gang den var ladt. Det viste sig også i dette Tilfälde, hvor stor Rolle Legemsbevägelser spillede. Medens Pat. endnu behandledes poliklinisk, var Morgenurinen altid fri for Albumin; jo längere det led på Dagen, desto hyppigere kunde Albumin påvises. Fra samme Stund, Pat. på Hospitalet begyndte at holde Sängen stadigt, fandtes ingen Albumin mere. Diätetiske Forsög viste sig at väre uden Indflydelse, hverken alkoholica i mådelig Mängde eller stärk äggehvidholdig Kost fremkaldte Albuminuri, så länge Pat. lå til Sängs. Forf. må imidlertid antage, at Hospitalets Diät i det hele taget har haft en gunstig Indflydelse, i det der nemlig heller ikke senere, efter at Pat. var kommen op og begyndt at arbejde, kunde påvises Albumin i hans Urin, så länge han opholdt sig på Hospitalet, med Undtagelse af en eneste Gang, nemlig förste Gang han igen arbejdede.

Forf. fremhäver, at det viser sig af Tabellerne hvor varsom man må väre med at udtale sig om Opträden af Äggehvide i Urinen og hvilke talrige ordnede Undersögelser, der kräves, for at få et Overblik over Tilfälde af intermitterende Albuminuri.

J. Hopstock.

RAGNAR BRUZELIUS: **Om paroxysmal hemoglobinuri.** Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 22.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 28.

JOHANNES MYGGE: **Den kliniske Betydning af krystallinsk Urinsyresediment i Urinen.** Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 23.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 18, n:r 28.

F. ARENTZ: **Et lidet Bidrag til Behandlingen af ileus, isär i Landpraxis.** Medicinsk Revue, 3dje Årgang, Side 1.

Der omtales et Par Tilfälder af fuldt udviklet ileus. Det ene af disse lod sig helbrede ved gentagne store Vandinjektioner pr rectum. Det andet Tilfälde, hvor der allerede var indtrådt Gangrän af Tarmen, havde også ladet sig påvirke af Vandindspröjtningerne, i det det gangränerede Tarmpaket ved Abduktionen viste sig at ligge ganske frit. Tarmpakettet havde väret indeklämt i et Hul, der var dannet ved processus vermiformis' Sammenvoxning med Bugväggen bagtil.

Vandinjektionerne bör specielt på Landet, hvor lange Afstande hindrer hyppigere Tilsyn, foretages flere Gange i et Dögn.

Udskylling af Maven ved Mavesonde umiddelbart för Vandinjektionerne pr rectum synes at virke heldigt.

S. LAACHE: **"Pylephlebitis suppurativa" i flere Henseender opträdende som en akut Infektionssygdom med Udgangspunkt fra Ventrikelslimhinden og dödelig Udgang i Löbet af 16 Dage.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 749.

Efter en kort Fremstilling af Pyleflebitens og Pyletrombosens Ätiologi meddeles fölgende Sygehistorie: Pat., en 24 År gammel medicinsk Student, fik en Dag rystende Frostanfald med knibende Smerter i Underlivet lige efter Nydelsen af Bifsteg og Isvand; de närmest påfölgende Dage tiltagende febrilia med let Diarré, i Begyndelsen også Bräkninger; videre optrådte Näseblödninger omtrent hver 2den Dag. 7de Dag viste sig stärk icterus. Ved Indkomsten på Rigshosp. 12te Sygdomsdag fandtes Leverdämpningen lidt udvidet nedad samt nogen Ömhed for Tryk i Regionen af Galdeblären, men ellers intet ved fysikalsk Undersögelse; for övrig var Tilstanden som anfört. 14de Dag optrådte atter Bräkninger der sammen med Hikke vedvarede til Döden, der under tiltagende Kollaps indtraf 16de Dag. — Ved *Sektionen* viste Leveren sig adskillig forstörret og så vel i dens Overflade som i dens nedre fandtes flere valnöd- til ägstore Knuder, bestående af multilokuläre Abscesser, der for en Del nästen var drueklaseformig anordnede. Hovedstammen af vena porta udfyldtes af en Trombe, der enkelte Steder er rammolleret. — Slimhinden på curvatura major ventriculi henimod pylorus manglede i et större Parti sin Epitelbeklädning og var halvt ulcererende samt viste små kapilläre Blodudträdelser; lignende fandtes også i den övrige Del af Slimhinden. Venen langs den store Kurvatur (v. gastro-epiploica) dannede en hård penneposetyk Streng, der var fyldt med fast Trombemasse. — *Tarmenes* Slimhinde til dels injiceret, isär i nedre Del af ileum, hvor desuden en Del kapilläre Blodudträdelser. — For övrig fremböd Obduktionen intet särligt at bemärke; ingen Miltsvulst. — I *Leverabscesserne* talrige små Diplokokker og slanke, middelslange Baciller, der ikke farvedes stärkt ved GRAMS Metode; lignende fandtes också ellers omkring i Leveren samt i den vena gastro- epipl. og v. porta udfyldende Trombemasse, endelig også i Milten. I Pladekulturer voxede så vel Kokkerne som Bacillerne i frodige, hvidlig-opake Kulturer; Kokkernes Kulturer var ikke fuldt så skinnende hvide som staphyloc. pyog. alb., ligesom Kokkerne syntes mindre af Störrelse end disse sidste. Ved subkutane Inokulationer hos Kaniner fremkaldte kun Kulturer af Kokkerne Abscesser (der gjordes kun få Forsög); Kulturer af det herved fremkaldte pus viste sig imidlertid sterile. (Kulturerne döde snart ud, hvilket hindrede en fortsat Undersögelse. De mikroskopiske og experimentelle Forsög foretoges af Ref.)

Forf. antager, at Infektionen er skeet gennem den for sit Epitel blottede Del af Ventrikelslimhinden og antager, at den omtalte Nydelse af Isvand har väret Årsagen til, at denne Afstödning af Epitelet har fundet Sted. *Holst.*

V. UCHERMANN: **Lägebog for Sömänd.** Vejledning for Skibsfarere og Styrmänd i Sundheds- og Sygepleje ombord i Handelsskibe. H. Aschehoug & C:o. Kristiania, 220 S. med omtr. 50 Tegninger.

Bogen indeholder ikke blot en Anvisning til den förste Nödhjälp ved Ulykkestilfälde men også de vigtigste Regler for Sundhedsplejen (Proviant, Vand, Ventilation o. s. v.) og Forholdsregler for Ophold i bestemte Klimater, de smitsomme Sygdomme og hvad der kan göres for at forebygge dem, deres Behandling, de kirurgiske Sygdomme og deres Behandling o. s. v.

H. Heiberg.

PETRÆUS: **Et Tilfälde af kronisk Morfinisme.** Hosp.-Tid., R. 3, Bd 4, S. 1141.

Et ret betydeligt Tilfälde af kronisk Morfinisme afvännes på et Sygehus i Löbet af 8 Dage. På Grund af Kollaps gaves de förste 3—4 Dage 1—1½ Cgm Morfin, senere Paraldehyd og Kloral.

Friedenreich.

O. V. MÖLLER: **I Anledning af et Tilfälde af kronisk Morfinisme.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1206.

Forf. oplyser, at det af Dr PETRÆUS beskrevne Tilfälde lige i Forvejen havde väret under hans Behandling, og at han ved gradvis mod Patientens Vilje at formindske Styrken af Morfinoplösningen havde fört hende til fuldständig Afvänning; men da han ikke vilde ordinere mere og have hende indlagt på Sygehuset på Grund af Abstinensfänomener, forlod hun hans Behandling og henvendte sig til Dr P.

Friedenreich.

C. ENGELSKJÖN: **Den refrigeratoriske Ansigtslamheds elektriske Behandling.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 943.

Forf. antager, at den almindelige »revmatiske» eller hellere »refrigeratoriske» Facialparalyse ikke skyldes Kuldens Indflydelse på selve facialis (på Grund af dennes beskyttede Leje) men opstår ved en Reflex fra sensitive Nerver i Huden. Derfor antager han, at en elektrisk Behandling af selve facialis vil vise sig lidet effektiv, hvilket han også har set bestyrket i Praxis; derimod tror han, at en sådan Behandling af selve Reflexcentret — altså en *central* Elektrisering — vil väre mere rationel. Også denne Antagelse har han set bestyrket og anförer som Beviser 3 Sygehistorier, hvor han anvendte central Faradisation af medulla oblongata; i förste Tilfälde optrådte Bedringen öjeblikkelig, i 2det nästen öjeblikkelig og i 3dje efter få Dage.

Holst.

Korrespondance. Hosp:-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1071, 1072, 1093, 1095.

Indeholder en lille Polemik mellem Dr. HELWEG og Anmälderen af hans Bog om de vasomotoriske Nervebaner, der drejer sig om, hvor vidt Dr. H. har udtalt, at de psykiske Symptomer ved alle Sindssygdomme fremkaldes ved en Lidelse af de vasomotoriske Baner. Dr. H. hävder, at han deri kun finder Dispositionen til Sindssygdommen, Anmälderen, at hans Udtalelser gå i Retning af den ovenstående Opfattelse.

Friedenreich.

Kirurgi och oftalmiatrik: S. MEYER: Om profylaktiske Forholdsregler mod ophthalmia neonatorum. — GORDON NORRIE: Om Indförelse af profylaktiske Forholdsregler mod nyfödte Börns Öjenbetändelse. — GORDON NORRIE: Om Skiaskopi, en let Metode til Bestemmelse af Refraktionen ved Oftalmoskopet. — M. TSCHERNING: Om Afhängigheden mellem corneas Krumning, Legemshöjden og Hovedets Omfang. — CARL J. ROSSANDER: Till behandling af inflammation i tårvägarna. — LYDER BORTHEN: Empyema sinus frontalis. — ALFRED SVENSSON: Tvänne fall af kranialskada. — G. NAUMANN: Sarcoma cerebri. — J. NICOLAYSEN: Corpus alienum œsophagi; Fjärnelse ved œsophagotomia externa. — LUNDGREN: Corpus extraneum in œsophago + septichæmia. — ELIASSON: Fall af ileus. — A. BERGSTRAND: Fall af ileus och peritonit. — H. STRÖM: Om taxis og Herniotomi ved inkarcererede Lår- og Lyskebrok. — BECKER: Peritonitis appendicularis behandlet ved Incision. — I. SVENSSON och JOHN BERG: Exstirpation af intravesikala tumörer. — JOHN BERG: Om spina bifida. — H. MÜNTER: Rygradsdeformiteternes, isär Skoliosernes Behandling med Jakke af Läder, og dettes Anvendelse til Bandager og Skinne. — G. NAUMANN: Ligatur å art. tibialis postica. — J. NICOLAYSEN: Luxatio scapulæ inferior completa. — A. LÖBERG: Hofteledsbetändelsens Diagnose og Prognose. — S. LAACHE: Suppurativ Periostit af humerus som Eftersygdom efter Tyfoidfeber. — JOACHIM BONDESEN: Om Berettigelsen af operativ Indgriben ved Behandlingen af nogle travmatiske Knäleds-Affektioner. — CHR. KAHRS: Hvor langt kan den antiseptiske Sårbehandling gennemföres på Landet. — L. NYROP: Det elektriske Lys i Lägevidenskabens Tjäneste.

S. MEYER: **Om profylaktiske Forholdsregler mod ophthalmia neonatorum.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 466.

Forfatteren kritiserer de tidligere refererede Forslag af G. NORRIE (Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 333; Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 7, S. 21). Han mener, at det på Grund af Modstand fra Publikums Side ikke kan nytte at göre CREDÉS Metode obligatorisk for Jordemödrene. N:s övrige Forslag til obligatoriske Bestemmelser for disse ville, mener han, dels blive uden praktisk Udbytte, dels ere de allerede i Realiteten indförte. *J. Bjerrum.*

GORDON NORRIE: **Om Indförelse af profylaktiske Forholdsregler mod nyfödte Börns Öjenbetändelse.** Ugeskrift f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 510.

Forf. fastholder over for S. MEYER sine Forslag, navnlig da den obligatoriske Indförelse af CREDÉS Metode. *J. Bjerrum.*

GORDON NORRIE: **Om Skiaskopi, en let Metode til Bestemmelse af Refraktionen ved Oftalmoskopet.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 545.

Refraktionsbestemmelsen ved den såkaldte Skiaskopi (CUIGNETS Metode) beskrives. Ved at anbringe Linser af forskellig Styrke foran det undersögte Öje sörger Forf. for at kunne göre Refraktionsbestemmelsen i en Afstand mellem 8″ og 20″.

N. har ved enhver af de undersögte först bestemt Refraktionen ved Skiaskopi, derpå i det oprette Billede og til sidst ved Hjälp af

Brillekassen. I et Par Måneder har han benyttet Skiaskopien, og han mener nu, at det er den nöjagtigste Metode, vi have til oftalmoskopiske Refraktionsbestemmelser. Senere bemärker han, at det har forekommet ham, at Patienterne ere noget mere tilböjelige til at akkommodere ved Skiaskopien end ved Undersögelsen i det oprette Billede.

Han fremhäver som särlige Fordele ved Metoden, at den fordrer langt mindre Övelse end den sädvanlige Metode, — at der kun behöves nogle få Glas, — at den er bedre hos urolige Börn og ved nystagmus, — at den tillader Bestemmelse af Refraktionen i macula lutea, eventuelt ved Hjälp af Atropin, — og endelig at Akkommodation hos Undersögeren ikke kan forstyrre Resultatet. *J. Bjerrum.*

M. TSCHERNING: **Om Afhängigheden mellem corneas Krumning, Legemshöjden og Hovedets Omfang.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1129.

Forf. har sammen med en Militärläge BOURGEOIS målt Legemshöjden, Hovedomfanget og cornea's Krumningsradius hos 210 Soldater af et fransk Kyradserregiment. Til Bestemmelse af corneas radius benyttedes JAVAL-SCHIÖTZ's Oftalmometer.

Han fremhäver först den også af alle andre Undersögere iagttagne, store Overensstemmelse i de to corneæs Krumning hos samme Person. En Forskel i de to corneæs »Refraktion» större end ½ D fandtes kun hos 2 % af de undersögte (den störste fundne Forskel var 0,8 D).

Middeltallet for corneas radius var 7,82 Mm.

Af de Afhandlingen ledsagende Tabeller ses, at »Gennemsnitsvärdien af corneas radius voxer regelmässigt med Hovedets Omfang, i ringere Grad og uregelmässigt med Legemshöjden, hvorved man dog må erindre, at Variationen i Legemshöjde hos de undersögte forholdsvis var meget mindre end Variationen af Hovedes Omfang». Til Kyradserer tages nemlig kun velvoxne Folk (ikke eller dog kun lidt under 1,7 Meter).

»Resultatet af disse Undersögelser er altså, at man har en större Chance for at träffe en stor Kornealradius hos höje Folk og särlig hos sådanne, der have store Hoveder. Men denne Indflydelse er kun ringe, da Variationen af Middeltallet for cornea's radius for de forskellige Värdier af Legemshöjden og Hovedets Omfang er meget mindre end de Forskelligheder, der kunne findes hos Folk af samme Höjde og med samme Hovedomfang. Da vi ved vore Undersögelser have udelukket den Indflydelse, som Alder, Kön eller en abnorm Refraktion [1]) kunde have, viser dette, at der endnu existerer andre Faktorer, som bestemme Krumningen af cornea, men som indtil videre ere fuldkomment ubekendte.»

De forholdsvis store Variationer, Hornhinderadien udviser, danne en märkelig Modsätning til den Ensformethed, man träffer i Öjets Refraktion, når man bestemmer denne hos et större Antal Mennesker, i hvert Fald når man kun välger sådanne, hvis Öjne ikke have väret

---

[1]) Dette ved kun at medtage sådanne Individer i Statistiken, som kunde läse nederste Linie af Weckers Tavle i 5 Meters Afstand uden Glas.

under särlig Indflydelse af Närarbejde, og som i övrigt ere normale. En Kurve, der udtrykker Hyppigheden af de forskellige Hornhinde radier, vilde få en ganske anden Form end den, der udtrykker Hyppigheden af de forskellige Refraktionstilstande. Bägge vilde de rimeligvis väre Binomialkurver; men den sidste vilde udmärke sig fremfor den förste ved at häve sig til en meget betydelig Höjde i Midten og synke meget hurtig til bägge Sider.

Allerede en Forandring af en Brökdel af en Millimeter i Hornhinderadiens Störrelse vilde jo frembringe en kendelig Forskel i Öjets Refraktion. Der må altså existere andre Faktorer i Öjet, hvis Varieren på det nöjeste holder Skridt med corneas, for at Refraktionen skal kunne väre så konstant, som den er. Efter al Sandsynlighed er det Öjeaxens Längde, der varierer sammen med Hornhinderadien, således at der rimeligvis er et nogenlunde konstant Forhold mellem disse to.

T. bekräfter sluttelig det tidligere af NORDENSON fremhävede Faktum, at selv en ganske betydelig Grad af Hornhindeastigmatisme ikke er uforenelig med S $\frac{5}{5}$, når Belysningen er god og Individet ungt.

J. Bjerrum.

CARL J. ROSSANDER: **Till behandling af inflammation i tårvägarna.** Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 17.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 21.

LYDER BORTHEN: **Empyema sinus frontalis.** Medicinsk Revue, 3dje Årgang, S. 65.

Efter at have omtalt forhen refererede Tilfälder af virkelig Empyem i sinus frontalis, hvis Antal er särdeles begränset, meddeler Forf. 3 nye Tilfälder fra sin Praxis.

Disse 3 Patienters Sygejournaler viser det for Sygdommen mest karakteristiske med Hensyn til Lokalisation, Udvikling og ledsagende Symptomer. Exophtalmus og samtidig Dislokation af Öjet nedad var tilstede i 2 Tilfälder, men behöver ej at väre tilstede. Exophtalmus ledsages ikke altid af Dobbeltbilleder. I det ene Tilfälde var der således betydelig Dislokation uden Dobbeltbilleder.

Når Empyemet kommer tidlig under Behandling anses Prognosen for ret god.

Trauma, Syfilis, artritis og koryza nävnes som Årsagsmomenter. Denne sidste utvivlsomt hyppigst. Kvindekönnet synes at prädisponere. Forfatterens 3 Tilfälder var Kvinder.

Behandlingen, der består i Incision og Udtömning, Dränage og daglig Udspröjtning af Cysten, kräver 4 til 8 Uger.

ALFRED SVENSSON: **Tvänne fall af kranialskada.** Upsala läkarefören. förhandl., bd 22, s. 57.

1. *Krossår å hufvudet med intryckning af kraniet.* En kraftig reslig poliskonstapel hade fått ett slag med sten eller blydagg öfver högra hjässbenet midt öfver trakten för centralvindlarna. Där fans en

depression af benet 3 cm. lång, 2 cm. bred och vid pass 1 cm. djup. Det inslagna benstycket lösgjordes med mejsel och aflägsnades med bentång; splittrorna bortplockades och såret jämte dura mater spolades först med sublimatlösning $\frac{1}{10}$ % och sedan med borsyra. Såret läktes aseptiskt och var fullständigt tillslutet inom en månad — naturligtvis med kvarstående lucka i kraniet. Endast under första dagarna lindrig feber. — Strax efter slaget var vänstra handen och karpalleden förlamad och känslolös (enligt pat:s utsago); men kort därpå inställde sig muskelryckningar i denna hand och underarm, hvarefter äfven rörelseförmågan återkom. Ännu efter 12 timmar var denna hand något paretisk med känsla af domning. Det är att märka, att ett slag träffat öfver vänstra underarmen och vänstra scapulan.

2. *Subdural abscess + purulent meningit efter ett huggsår i hufvudet; död.* Ett barn om 2½ år, som råkat få ett 4 till 5 cm. långt huggsår öfver vänstra hjässan, mådde fullkomligt väl under de första 4 dagarna. Därefter inträdde plötsligt förlamning af högra kroppshalfvan jämte ryckningar och kramp på samma sida samt slöhet och somnulens (meningit). Förf. misstänkte en hjärnabscess och gjorde trepanation. Under själfva såret fans obetydligt med var; men obduktionen visade utbredd varbeläggning å pann- och hjässloberna.

Björkén.

G. NAUMANN: **Sarcoma cerebri.** Hygiea 1886, s. 760.

En 22 år gammal dräng hade ett år före intagningen å Helsingborgs lasarett fått ett svårt slag i hufvudet, hvarefter han under 9 månader plågades af en svår hufvudvärk. Tre månader före inkomsten började en tumör växa ut i högra tinningen och värken upphörde. Högra temporalregionen intogs af en hönsäggstor tumör, som syntes vara begränsad. Inga metastaser kändes, och pat. var i öfrigt frisk; hade endast svårighet att gapa.

Den 6:te febr. exstirperades svulsten, hvarvid hela den infiltrerade muskeln och en del af periostet borttogos. Det visade sig nu, att tumören genom ett hål af en gåspennas storlek trängt inifrån genom pars squamosa oss. tempor. Benet bortmejslades rundt omkring, och då dura mater låg klar, visade sig ett likadant hål i denna. Vid ytterligare undersökning befans, att tumören fortsatte sig in i hjärnan, hvarför operationen afbröts. Efter 6 dagar var pat. läkt. Han lär sedan ha känt sig så väl, att han emigrerat till Amerika.

Rossander.

J. NICOLAYSEN: **Corpus alienum œsophagi; Fjärnelse ved œsophagotomia externa.** Klinisk Årbog 1886, S. 174.

En 25-årig Mand fik 2 sammenhängende Ben af en Griselab siddende fast i Spiseröret. 8 Dage efter foretoges, efter at der i Mellemtiden forgäves var forsögt at nedstöde eller hente op det fremmede Legeme, der med Sonde föltes 24 Cm. nedenfor Läberne — œsophagotomia externa sinistra, hvorved fjärnedes 2 Metakarpalben af en Gris (4 Cm. laug, 2½ Cm. bred, 2 Cm. tyk). Hudsnittet gjordes langs

forreste Rand af venstre sterno-cleido-mast. Efter Spiserörets Åbning föltes det fremmede Legeme til höjre bag jugulum, liggende i en Fordybning i Slimhinden. Oesophagus sutureredes med Katgut, Hudsåret med Silke, og Drän indlagdes. Pat. fik fra 2den Dag efter Operationen flydende Näring. Såret helede fuldständig pr primam.

Forf. knytter til Omtalen af dette casus en kortere Fremstilling af den udvendige Ösofagotomi's Historie, Indikationer og Operationsteknik. *E. Poulsson.*

LUNDGREN: **Corpus extraneum in œsophago + septichæmia.** Hygiea 1886, s. 776.

Den 24 år gamle mannen hade dagen före intagningen å Lidköpings lasarett råkat nedsvälja en lösgom af hård kautschuk med däri sittande 4 tänder. Extraktionsförsök gjordes genast och äfven på sjukhuset, men misslyckades, hvarföre skreds til esofagotomi. Löstandsplattan, som befans sittande med tänderna och de hvassa sidoutskottens spetsar riktade uppåt, uttogs. Svårigheten att anlägga suturer på œsophagus visade sig till följd af sårets djup så stor, att därifrån afstods. Dränage, antiseptiskt förband. Pat. kräktes flere gånger efteråt, hvarför förbandet måste ombytas. Han hade därjämte hufvudvärk, hvilken på tredje dagen blef svårare. Såret antog ett fult utseende, tecken till septikemi blefvo alt tydligare, delirier tillkommo, och han afled på 5:te dagen. Obduktionen visade hela regionen omkring operationsstället missfärgad och brandig, i öfrigt de vanliga tecknen till septikemi.

Förf. sysselsätter sig med att försöka utreda, när infektionen skett, om före operationen (extraktionsförsöken?) eller efteråt, samt beklagar, att han ej ansträngt sig till det yttersta för att anlägga suturer på matstrupen. *Rossander.*

ELIASSON: **Fall af ileus.** Hygiea 1886, s. 778.

Den förste pat. var en 39 år gammal man, som efter 11 dygns förstoppning och öfriga inkarcerationssymptom intogs på lasarettet i Ystad. Han hade haft ett högersidigt ingvinalbråck, som dock nu ej var framme. Lavementer, is, morfin hade förgäfves blifvit försökta. Laparotomi den 12:te dagen efter insjuknandet. Tunntarmarna ytterligt utspända, måste nästan helt och hållet tagas ut ur buken. Sedan påträffades en sträng, tjock som en blyertspenna, hvilken från annulus inguin. internus sträckte sig uppåt åt njurtrakten till och sammantryckte tarmen strax ofvan valvula coli. Denna underbands dubbelt och genomskars; den var solid. Flere punktioner måste företagas för att inbringa tunntarmarna, men alt gick sedan väl. Efter 10 dagar kunde förbandet aflägsnas.

Den andre var en 61-årig man, som i 7 dagar lidit af bråckinkaceration till höger. Han opererades på vanligt sätt, och en liten tunn tarmslinga instoppades. Kräkningarna upphörde, men de öfriga symptomen fortforo. Pat. kollaberade och dog på 3:dje dygnet. Obduktionen utvisade, att alt var i ordning med afseende på bråcket, men att det fans en inre inklämning, beroende därpå, att flexura sigmoidea

hade ett ovanligt långt mesenterium samt var snodd en gång omkring sig själf och liksom nedstoppad i bäckenet. Utan tvifvel, säger förf., hade i detta fall utsigterna för en laparotomi varit vida gynsammare än i det förra. *Rossander.*

A. BERGSTRAND: **Fall af ileus och peritonit.** Hygiea 1886, s. 768.

Under denna ej fullt tillträffande titel beskrifver förf. ett emellertid ganska intressant fall. Det beträffar en 13-årig gosse, som för flere veckor tillbaka fått en spark af en häst öfver vänstra fossa iliaca, men först några dagar före inkomsten till Malmö sjukhus uppträdde förstoppning, kräkningar och slitningar i buken. Buken var något öm, särdeles i den omförmälda trakten; smärtor funnos däri, och kräkningarna hade tidtals fekulent lukt. Opium, is och ventrikelutsköljningar användes (det senare ett författarens favoritmedel), och omsider instälde sig ymnig afföring, och pat. mådde väl. Men efter några veckor uppträdde en fluktuerande svulst i v. fossa iliaca, incision verkstäldes, en sterkoralabscess tömdes, och en tämligen stor öppning ledde in i tarmen. Dränage, förband af Holzwolle. Fisteln drog sig sedan småningom tillsammans och var efter 2 månader fullt tillsluten.

Rossander.

H. STRÖM: **Om taxis og Herniotomi ved inkarcererede Lår- og Lyskebrok.** Klinisk Årbog III, S. 237.

Forfatteren söger, stöttet til 230 Tilfälde af inkarcererede Lår- og Lyskebrok, behandlede ved Rigshospitalet i de sidste 25 År, at fastsätte Indikationerne for taxis og Herniotomi og träder i Skranken for en tidlig Anvendelse af den sidste. Han mener, at den tidligere Opstillen af det betändte og engouerede Brok som to fra det inkarcererede Brok forskellige Sygdomsformer kun har bragt Forvirring i Opfatningen af Begrebet Brokinkarceration og i mange Tilfälde ledet til en fejlagtig Behandling. Man gör rettest i ganske at slöjfe disse Benävnelser.

I det Forf. gennemgår Indikationerne for taxis, omtaler han, hvorledes taxis bör udföres, og fremhäver stärkt, at den må foretages med Forsigtighed og väre ganske kortvarig. Tidligere anvendtes ved Rigshospitalet en forceret og langvarig taxis; Resultatet var en betydelig Mortalitet efter samme. I de senere År udföres taxis lempeligt, og man skrider hurtigt til Herniotomi; Mortaliteten har väret lig Nul.

Spörgsmålet om, hvor länge efter Inkarcerationen taxis kan forsöges, belyses ved fölgende Tal:

I 1ste	Dögn	reponeredes	60 %	med 1,6 %	Mortalitet,
i 2det	»	»	15,8 %	» 18,72 %	»
i 3dje	»	»	8,9 %	» 33,32 %	»

Som et Resumé af Forf:s Udtalelser opstilles fölgende Regler for taxis:

1) Taxis bör udöves med Lempe og med en jävnt stigende Kraft, der aldrig må forceres.

2) Den bör kun forsöges én Gang og under Narkose.

3) Varigheden af taxis afhänger af Brokkets Art. Ved små Lårbrok og interstitielle Lyskebrok er Nytten af taxis tvivlsom og bör i ethvert Fald ej forlänges over 5 Min. Ved andre Lårbrok og middelstore Lyskebrok bör taxis anvendes i 5 Min., ved store og gamle Lyskebrok i 10 Min. Epiploceler, der frembyder mindre akute Symptomer, behandles med Brokleje og Sandpose; er Symptomerne stärke, da en kortvarig taxis, hvorefter Herniotomi.

4) Taxis må kun ved store og gamle Skrotalbrok forsöges efter 24 Timers Forlöb efter Inkarcerationen.

Forf. viser dernäst, hvordeles den tidligt udförte Herniotomi samt Antiseptiken har reduceret Mortaliteten af Herniotomien. Medens denne tidligere gav en Dödelighed af 45 %, er Mortaliteten for de sidste 5 År 11 %. Herved er at bemärke, at Pat. ofte kommer sent ind, og efter at gentagne forcerede Taxisforsög har väret anvendte. Til Stötte for den tidlige Herniotomi meddeler Forf. egne Resultater. Af 17 herniotomerede helbredes samtlige. *H. Ström.*

BECKER: **Peritonitis appendicularis, behandlet ved Incision.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1201.

Forf. tager varmt Ordet for den kirurgiske Behandling af peritonitis appendicularis og opstiller följende thesis: »Så snart en Patient i over en Uge har haft sikre Tegn på en periton. append., uden at denne ved den sädvanlige medicinske Behandling er i betydelig Tilbagegang, og uopholdelig, så snart der findes större Resistance, mat Perkussion, eller tydelig begränset, stärk Ömhed ved overfladisk Tryk i reg. ileocoecalis, bör der göres en Incision på dette Sted. Findes Pusset, har man ydet Pat. en stor Tjäneste; findes Pusset ikke, så tillukkes Såret med Suturer, og vil under antiseptisk Forbinding i de allerfleste Tilfälde läges uden at volde Pat. videre Men.»

Meddeler 2 med Incision behandlede Tilfälde:

1. Pat., 8 År gammel Dreng, havde Året för haft periton. append., der behandledes med vinum thebaicum og Omslag; da der nu kom Recidiv, behandledes han på samme Måde og med skrap Diät (kun Mälk og Havresuppe). I Begyndelsen Bedring, men på 21de Dag stärke Smerter i abdomen med Opkastning; Underlivet ikke udspändt, overalt tympanitisk Perkussion; ingen Resistance i reg. ileo-coecalis, men stärk Ömhed särlig på en Plet omtrent 1″ ovenfor og indenfor spina ilei ant. sup. Incision her Dagen efter i Narkose, ved Åbning af peritoneum udtömmes et Ölglas fuldt af pus uden fäkale Elementer. Drainage, antiseptisk Forbinding. Efter Fjärnelse af Dränet på 12te Dag helede Såret. Senere åbnede der sig dog spontant en lille Absces, hvorefter Helbredelsen var definitiv.

2. Pat., en Tjänestedreng, havde i flere År lidt af Underlivssmerter med Opkastning og Ömhed i höjre Side. 10 Dage efter en stärkere Exacerbation konsulerede han Forf., der konstaterede Ömhed langs cœcum og colon ascendens, hvor der föltes Udfyldning og mat Perkussion. Dagen efter gjordes der Incision omtr. 1″ ovenfor og

indenfor spina ilei ant. sup. på en Plet, hvor han var särlig öm; der föltes ikke Fluktuation. Ved Åbning af peritoneum udtömtes en rigelig Mängde stinkende, luftblandet pus; der kunde ikke påvises fæces. Drainage, antiseptisk Forbinding. 17de Dag fjärnedes Dränet, og fuldständig Helbredelse indtrådte snart. *Jens Schou.*

I. SVENSSON och JOHN BERG: **Exstirpation af intravesikala tumörer.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förhandl., S. 216.

Hr SVENSSONS fall beträffade en 50 år gammal man, som i minst 3 År lidit af hematuri och kraftnedsättning. Aspiration med BIGELOWS sifon utförde några slamsor af karakteristisk papillomatös struktur. Därföre gjordes sectio alta i 2 séancer med 4 dagars mellantid. Tumören satt till höger på blåsans bakre vägg och utgjordes af 4 till 5 bigaråstora, mjuka, slappa, vid basen sammanväxta svulster. De fattades och afvredos med en särskildt tång, så beskaffad, »att blåsans slemhinna ej kunde fattas med den samma». Resten lösskrapades med fingernageln. Pat. var i rätt godt skick, då meddelandet gjordes, efter 8 dagar; men operatören är nära nog viss på, att tumören ej utkom fullständigt, och att recidiv sålunda förestår. Detta är för öfrigt snarare regel än undantag vid alla sådana operationer.

Hr BERGS patient var blott 33 år gammal. Han hade tidtals lidit af hematuri i 5 år, därjämte alt tätare trängningar att urinera och tilltagande kraftförfall. Urinen höll ägghvita i mängd, blod, mycket slem, varet var starkt blandadt med epitelceller, men till sist framkom också en frånskild bit af en franspolyp. Efter en passande förberedande kur gjordes sectio alta, i en séance, endast med den förändring att blåssnittet gjordes större än vanligt, 1½ tum. Betydlig blödning sedan från blåsväggen. Hela blåsan kändes fyld af mjuka tumörmassor, som under exstirpationen befunnos utgå dels såsom multipla, skaftade, blomkålshufvudliknande, nöt- till valnötstora tumörer från blåsans bakre vägg, dels tapetserande nästan hela den vänstra halfvan af blåsan. Så snart blåsan blifvit öppnad, lades pat. i TRENDELENBURGS Beckenhochlagerung, hvilken förf. varmt rekommenderar. Ett helt dricksglas med tumörbitar utbefordrades dels med pince à cremaillère, dels med fingrarna. Den starka blödningen upphörde för tamponering med svampar, och sedan gjordes en efterskörd dels med fingrarna, dels med termokavtern. Blåsan hopfästades ej utan tamponerades med sublimatgas, då en efterblödning ändock var att befara, samt dränerades på vanligt sätt. Äfven detta fall var alldeles färskt vid offentliggörandet, endast 6 dagar, men pat. hade hittils befunnit sig väl. Förf. gör sig för öfrigt ingen illusion om operationens radikala nytta.

Rossander.

JOHN BERG: **Om spina bifida.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 244.

Förf. meddelar först en öfversigt af de olika hufvudformernas af denna åkomma karakteristiska egenskaper, särskildt myelomeningocelets. Sedermera genomgås de olika behandlingsmetoderna, af hvilka han anser ingen enda fullt tillförlitlig, men flere såsom farliga och följakt-

ligen icke efterföljansvärda. Sådana skulle vara den enkla tappningen, injektion med jod-, jodkali-, glycerin-lösning o. a., äfven exstirpation af säcken, hälst medelst ekrasör-plastisk operation är den mest betryggande, den har af B. blifvit utförd på 6 barn, hvaraf 3 visserligen aflidit; men resultatet bör dock anses godt — vid en sådan åkomma. Operationen, som alltid bör göras så snart som möjligt och i bukläge, bör börja med en bågformig sidoincision i yttersta delen af zona epithelio-serosa. Innehåller säcken inga nerver, så fridissikeras hela dess inre lager (duran) och förenas framför öppningen i ryggraden, och öfver denna söm förenas hudlambåerna från ömse sidor. Finnes nervelement i säcken, så får denna del af säcken frigöras vid sidorna och sjunka ned i öppningen, och det yttre såret förenas som i föregående fall. Såret bör i alla händelser förenas fullständigt och intet dränagerör inläggas. *Rossander.*

H. MÜNTER: **Rygradsdeformiteternes, især Skoliosernes Behandling med Jakke af Läder, og dettes Anvendelse til Bandager og Skinne.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1225.

Forf. omtaler forskellige Former af Läderbandager, som han selv så vel som mange andre Läger i Amerika have anvendt i temmelig stor Målestok, både for spondylitis og for mange Tilfälde af Skoliose.

Bandagen anlägges på fölgende Måde: Först laves på almindelig Måde en Sayres Gibsjakke, men uden Mavepude, gående så höjt op og lavt ned som mulig. Den skäres op, aftages, Trikoet udtages, og Tröjen forenes igen med et Gibsbind. Den sättes derpå ned i en Spand med Sand, et Stykke Trä, 1" i Kvadrat og 3 til 4 Fod langt, sättes i Midten af Tröjens Kavitet, og Tröjen fyldes med Gibsvälling. Efter ½ Time aftages Tröjen, og man har en fuldständig Afstöbning af Pat:s Legeme omgivende Trästangen, så at man med Lethed kan dreje det hele ved Hjälp af denne. Hvis der er en Gibbositet, lägges lidt Gibsgröd til på dennes Sted, for at den ikke skal trykkes; til Erstatning for Mavepuden påhäldes Gibsgröd; ligeså, hvis mammæ ere udviklede; når det hele er tört, applaneres og glattes Afstöbningen med Båndkniv, og man har nu en fuldständig Model af Pat:s truncus.

Om denne Model lägges nu det godt udblödte, ikke valsede Läder. Man tilskärer et Stykke, der er lige så bredt, som Modellen er lang, og 3" längere end Cirkumferensen, så at det overklapper 3" på Forfladen den frie Rand på höjre Forflade, og medens Modellen langsomt drejes omkring over 2 Stolerygge, omvindes det med et tyndt Reb, begyndende fra Midten af Modellen og fra den frie Rand, gående derfra opad til Toppen, og senere, ligeledes fra Midten af, nedad til basis. Rebet skal med en Hammer hamres ind i Läderet, medens Modellen omdrejes. Det er egentlig en Valsningsproces, der herved foregåer, og man ser også, at Läderet forlänges i alle Retninger. Når man er färdig, aftages Rebet; en Räkke små Söm slås ind i den frie Rand for at fäste den til Modellen, og med et Huljärn slås Huller rundt om i Tröjen, og Bandagen med Modellen sättes da ind i en Bagerovn for at törres ved ikke for stärk Varme. Når det hele er törret, tages Läderet af og passes til på Pat., hvorefter der syes et Par

Spänder i, og Bandagen anbringes da udenpå en Trikot-Tröje. Således er Fremgangsmåden ved spondylitis.

Ved Skoliosen benyttes Läderbandagen som Trykbandage, hvor Trykket udöves på de prominerende Dele af truncus, både på Bagfladen og på Forfladen.

På Modellen bortskäres med en Båndkniv Skoliosens Ribbensdeformitet, ligeledes det modstående og fremstående Hofteparti, og Afstöbningen udbygges på den indsunkne konkave Side og på den applanerede Hofte ved at påhälde Gibsvälling. På denne Måde korrigeres Modellen mere eller mindre efter Skoliosens Störrelse, og Läderbandagen vil derfor, når den appliceres på Pat., udöve et elastisk Tryk på de prominerende Partier.

Forf. anbefaler disse Läderbandager som lette, stive og stärke, og de have tillige den Fordel, at Lägen kan lave dem selv uden Bandagistens Hjälp. *Edw. Ipsen.*

G. NAUMANN: **Ligatur å art. tibialis postica.** Hygiea 1886, s. 762.

En 18 år gammal gosse hade blifvit stucken med en knif å framsidan af underbenet. Stark blödning hade inträffat och återkom vid sårets undersökning å sjukhuset. Nu anlades ESMARCHS binda, och sårkanalen undersöktes. Det befans då, att den ledde genom ett hål på membrana interossea i öfversta delen af underbenet in på baksidan. Lesion af art. tibialis postica diagnostiserades, och för underbindning däraf banades väg medelst incision tvärt genom vadmuskulaturen. Med ledning af den främre stickkanalen lyckades det att finna den sårade arteren, som underbands dubbelt och afskars. Såret var ej långt från delningsstället af poplitea, men ligaturen visade sig pålitlig. Läkningen tyckes dock ha kräft en hel månad. *Rossander.*

J. NICOLAYSEN: **Luxatio scapulæ inferior completa.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 937.

En 58-årig muskulös Mand, der var falden med höjre Skulder mod Jorden led af stärke Smerter ved Forsög på Bevägelse af höjre Overarm og höjre Skulder og viste afklädt fölgende Sygdomsbillede: Hovedet böjet til höjre og Hagen drejet til venstre; Skulderenden af Nöglebenet löftet opad og bagtil af höjre cucullaris; fra den fremstående Nöglebensende, der gennem Huden kunde föles glat og afrundet ned til den tilsyneladende for lavt stående Skulder en Afstand af 3 Cm.; Afstanden mellem clavicula og proc. coracoideus derimod ikke märkbart foröget. Her forelå altså en Luxation af Skulderbladet nedad med Overrivning af lig. clavic.-acrom. sup. & inf., medens derimod de clavicula og proc. coracoid. forbindende Ligamenter måtte väre nogenlunde uskadte. Herfor talte også, at Skulderbladet med Undtagelse af nogen Drejning om Axen forfra bagtil nogenlunde havde beholdt sin Stilling. Den fremstående Nöglebensende kunde trykkes ned på sin Plads men indtog strax igen den fejlagtige Stilling, når Trykket ophörte.

Behandling: Efter Anläggelse af en tyk Plasterkompres over ydre Del af clavicula og under övre Del af ulna (Armen retvinklet böjet) blev Luxationen reponeret og situs vedligeholdtes ved Hjälp af en over bägge Kompresser anbragt Hefteplasterslynge, hvis Ender var fästede over Brystet og Ryggen, medens der udenpå anlagdes Gibsbandager, efter hvis Stivnen den rigtige Stilling syntes at holde sig uforandret.

I Fölge senere Brev fra Pat., der strax rejste hjem, er Skulderen bleven fuldt funktionsdygtig. *E. Poulsson.*

A. LÖBERG: **Hofteledsbetändelsens Diagnose og Prognose.** Klinisk Årbog 1886, S. 184.

Forf. behandler först Hofteledsbetändelsens Diagnose og begynder med at göre opmärksom på, hvorledes en coxit i sin Begyndelse på Grund af de irradierende Smerter, der oftest lokaliseres til Knäleddet, kan simulere en Knäledssygdom. Dernäst behandles Spörgsmålet om Stillingsforandringerne af den syge Extremitet samt af Bäkkenet, og den herhen hörende metodiske Undersögelse skildres, således som den i längere Tid har väret udövet på Rigshospitalets kirurgiske Afd. A. Kortelig gennemgås herefter Differentialdiagnosen fra Lidelser i columna, Sygdomme i symphysis sacro-iliaca, kariöse eller nekrotiske Processer i ala ossis ilei, Nekrose i tuber ischii, ischias, Nekrose i trochanter og övre Del af Femurskaftet, Nevralgi i n. glut. sup. samt endelig Absces i bursa glutæi. Efter at ved Udelukkelse af oven nävnte Sygdomme Hofteledslidelse er diagnosticeret (Luxationer og Frakturer lades her ude af Betragtning), står tilbage at afgöre, om der foreligger en nervös Lidelse (Koxalgi), en Betändelse i Leddets blöde Dele eller en Proces i selve Benet; en vigtig Hjälp yder her Målingen af Burows Vinkel, hvis diagnostiske Värdi närmere omtales.

Spörgsmålet om Prognosen belyses gennem en statistisk Undersögelse af Behandlingsresultaterne for de på kirurg. Afd. A fra 1872—1884 for Hofteledsbetändelse behandlede Patienter, tilsammen 163 i Tallet. Af disse er 83 behandlede udelukkende med Extension, 64 resecerede og 16 behandlede på anden Måde (Incision af Abscesser, Punktion med Udskylning kombineret med Extension o. s. v.). Helbredede og bedrede er udskrevne resp. 81 (97,59 %), 30 (46,87 %) og 10 (57,14 %) — tilsammen 121, altså 74,23 % af samtlige behandlede. Dels ved personlig Undersögelse, dels gennem Korrespondance har Forf. kunnet fölge den senere Skäbne for 58 af disse 121, der var udskrevne som helbrede eller bedrede. Det viste sig da, at af disse 58 er blot 70—80 % definitivt blevne helbredede, Resten gåede til Grunde af sin Sygdom. Tör man anvende dette som almindelig Regel, må oven nävnte Tal 121 reduceres til 89, hvoraf fölger, at af samtlige behandlede kun 44,60 % er blevne helbredede — et Tal, der henpeger på, hvilken alvorlig Sygdom Hofteledsbetändelse er.

For at erfare om Behandlingen har gennemgået nogen Forandring (enten i operativ eller konservativ Retning) samt hvilken Indflydelse dette har haft på det endelige Udfald, deler Forf. det oven nävnte

Tidsrum i 3 Perioder (1872—76, 1877—80, 1881—84) og sammenligner navnlig förste og sidste Periode. De opstillede Tabeller viser en stigende Tilböjelighed til tidlig operativ Behandling og lader Forf. desuden träkke fölgende Slutninger: Prognosen er bedre i sidste Periode end i förste; dette skyldes udelukkende Forbedring af Resektionens Prognose; at den ikke er endnu bedre, skyldes den Omständighed, at man i sidste Periode har afveget fra den i förste Periode fulgte konservative Behandling og slået ind på en tidligere operativ. Hvad Pat:s Alder angår, da över denne ingen synderlig Indflydelse på Extensionsbehandlingens Resultater, medens den i höj Grad influerer på Resektionsprognosen: »dersom Extensionsbehandlingen må opgives, bör man resecere Patienter under 10 År, *tör* eller *kan* resecere mellem 10 og 20, men man *bör ikke* resecere over 20 År».

Forf. reserverer sig dog mod at tillägge Alderen en alt for stor Betydning, i det han fremhäver, at i Aldersklassen over 20 År träffes mange af de Tilfälde, der er komne *for sent* under Behandling.

Forf. bemärker til sidst, at det er med störste Forbehold ovenstående Bemärkninger og Resultater fremlägges, da det er vanskeligt ad statistisk Vej at komme til sikre Slutninger om et Ämne som dette, hvor der i Sygdomsbilledet forekommer så mange Afskygninger, der ikke kommer til sin Ret i de altid mer eller mindre mangelfulde Sygejournaler og dog kan väre bestemmende for Terapien. Denne bör derfor ikke dikteres af Slutninger, fremkomne ved Tal men alene af Kirurgens Takt, Erfaring og sunde Omdömme. *E. Poulsson.*

S. LAACHE: **Suppurativ Periostit af humerus som Eftersygdom efter Tyfoidfeber.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 961.

Den omhandlede Patient gennemgik en Tyfoidfeber af 7 Ugers Varighed. I Begyndelsen af 8de Uge fik Pat. en nödstor Absces nedenfor venstre cond. int. humeri, men Temperaturen holdt sig desuagtet normal, indtil han i Begyndelsen af 9de Uge atter fik stärk Feber samtidig med at der viste sig en suppurativ Periostit midt på höjre humerus; efter gentagne Incisioner endte Tilfäldet med Helbredelse 6 Uger efter at Periostiten havde vist sig. — Forf. antager Periostiten for en *Eftersygdom,* der kun sekundärt betingedes af Tyfusgiften (pus blev ikke undersögt i bakteriologisk Retning; Ref.) og gör sluttelig opmärksom på, at Periostiter — isär i de rörformige Ben — i Fölge Literaturen ikke er ganske själdne efter Tyfoidfeber, hvilket man bör have for Öje ved Temperaturforhöjelser efter denne Sygdom, der ikke kan forklares ved Lokalaffektioner af de indre Organer. *Holst.*

JOACHIM BONDESEN: **Om Berettigelsen af operativ Indgriben ved Behandlingen af nogle travmatiske Knäleds-Affektioner.** Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 26.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 28.

CHR. KAHRS: **Hvor langt kan den antiseptiske Sårbehandling gennemföres på Landet.** Medicinsk Revue. Extranummer, 1885, S. 59.

Forf. kräver fuld antiseptisk Sårbehandling også på Landet og gennemgår Tekniken ved den antiseptiske Behandling.

LOUIS NYROP: **Det elektriske Lys i Lägevidenskabens Tjäneste.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 961.

Forf. har konstrueret nogle praktiske elektriske Belysningsapparater såsom Laryngoskop, Oftalmoskop, Uretroskop og et Belysningsapparat til Brug ved Undersögelse og Operationer i mörke Kaviteter som vagina og lignende. Lyskilden ere små, näppe ärtestore Edisonske Glödelamper; som Elektricitetskilde benyttes Akkumulatorer, hvis Störrelse er således, at de let kunne transporteres i en Lomme. Se i övrigt Tegningerne i Originalen. *Jens Schou.*

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: EDVARD WELANDER: Undersökningar om kvicksilfrets upptagande i och urskiljande ur människokroppen. — EDVARD WELANDER: Ovanligt svårt förlopp af syfilis. — O. MALM: Bidrag til Tonsillechankerens Historie. — EDVARD WELANDER: Några försök att utröna gonokokkernas vitalitet utanför människokroppen. — SIGURD LOVÉN: Fall af gonorré hos en 5-årig flicka.

EDVARD WELANDER: **Undersökningar om kvicksilfrets upptagande i och urskiljande ur människokroppen.** Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 15 (forts. fr. n:r 12).

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 14.

EDVARD WELANDER: **Ovanligt svårt förlopp af syfilis.** Hygiea 1886. s. 684.

Vid X:s omskärelse utsögs blod af omskäraren; såret läktes efter några dagar, men 14 dagar därefter bröt det upp, utvecklade sig till en stor sårnad med hårda, svälda kanter och läktes först efter flere veckor. Efter vakcineringen uppträdde tre större sårnader, hvilka kvarstodo i 6 veckor. När pat. var 10 år fik han kutana gummata. Han har sedan nästan altjämt haft dels dylika sönderfallande gummata, dels sedermera periostit med nekros i näsan och hårda gommen. Förstörelserna hafva så ökats, att när W. såg honom första gången (pat. var då 40 år) hans tillstånd var följande: Ifrån högra trochanter major sträcker sig ett ärr öfver en stor del af lårets yttre och främre sida. Å högra öfverarmen har han 3 aflånga dufäggstora stråliga ärr (efter vakcineringen). Hela bakre farynxväggen upptages af ett stråligt ärr, uvulan och hela mjuka gommen äro alldeles borta. Hela proc. alveolaris för framtänderna, äfvensom hela proc. palat. af öfverkäksbenen äro fullständigt borta; däremot kvarstå alldeles oskadade bägge proc. palatini af gombenen, bildande en smal brygga bak i gommen, be-

täckt med ärrig slemhinna. Näsbenen, septum och största delen af näsmusslorna äro borta; djupt insjunken i den håla, som härigenom uppkommit, ligger den ännu friska delen af näsans nedre del. En stor del af högra kinden upptages af en oren sårnad; nästan hela öfverläppen är borta, likaså vänstra halfvan af underläppen, men den högra finnes kvar, är betydligt ansväld samt pekar nästan rakt ut. Nedersta delen af vänstra kinden äfvensom en stor del af hakan upptages af orena, djupa sårnader. Hela vänstra kinden och pannan upptagas af ett hvitt, stråligt, delvis vid underliggande ben fastväxt ärr; detta ärr sträcker sig öfver hela vänstra ögonhålan. Under detta ärr kan man se tydliga, små, inskränkta rörelser af den underliggande resten af ögongloben, parallela med den högra globens rörelser. Ofvan vänstra ögonhålan en nötstor, djup ulceration, i hvars botten benet ligger blottadt. En stor del af vänstra ytterörat är bortulcererad. Bägge högra ögonlocken äro borta; kring ögat finnes en speciestor, tämligen ren ulceration, i hvars midt bulben skymtar fram; denna är i ständig rörelse; kornean är alldeles fördunklad, å dess yta granulationer; stora kärl sträcka sig från omgifningen in i den samma, den är belagd med torra skorpor, hvilka (ostronskalformigt) äro lagrade på hvarandra. All ljusperception totalt borta.

Efter stora doser jodkalium läktes sårnaderna rätt hastigt. Det är i högsta grad sannolikt, att pat. erhållit sin syfilis vid omskärelsen.

E. Welander.

O. MALM: **Bidrag til Tonsillechankerens Historie.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 714.

Under Henvisning til de af C. BOECK (Tidsskr. f. prakt. Medic. 1883 og 1885) og GRÅRUD (anf. St. 1885) iagttagne Tilfälde af denne Affektion meddeler Forf. 2 nye Tilfälde af samme Natur; i förste Tilfälde (en 54 År gammel Mand) havde Pat. arbejdet sammen med »veneriske», muligens var Smitten her sket gennem Madske, Piber el. l.; i andet Tilfälde (en 56 År gammel Kone) var den sandsynligvis sket gennem Madkar. — Forf. anförer derpå en Räkke Uddrag af Sygehistorier, meddelte af LEGENDRE, hvoraf fremgår, at en primär Chanker på Tonsillen hyppigst ikke erkendes som sådan, för secundaria indfinder sig; hyppigst forvexles den med Difterit, tertiär Syfilis eller Epiteliom; sluttelig anföres også et Par korte Sygehistorier, meddelte af Dr JUELL. Som diagnostisk Kendemärke fremhäves den udtalte *Induration* og den store, ensidige, hårde Glandelsvulst om angul. maxillæ.

Holst.

EDVARD WELANDER: **Några försök att utröna gonokokkernas vitalitet utanför människokroppen.** Hygiea 1886, s. 671.

W. har låtit dröppelvar, i hvilket han konstaterat gonokokker, intorka dels på linnelappar, dels på täckglas. Detta var har sedan afskrapats och därefter dels tort, dels uppblödt i vatten införts i urethra på friska personer; ett par gånger har linnelappen i sin helhet blifvit införd. Aldrig har någon gonorré uppkommit härefter, trots det att varet i några fall blott varit intorkadt i några timmar. Helt sanno-

likt synes det på grund häraf vara, att dröppelvar vid intorkning förlorar sin virulens, att således t. ex. en gonorroisk konjungtivit ej kan uppkomma genom beröring af ögat med ett linne, på hvilket dröppelsekret fått torka in.

Dröppelvar, som varit fruset på mikrotomskifvan under en minut, infördes utan verkan i urinröret.

Om dröppelsekret lades mellan vakcinglas blef resultatet, när varet sedermera infördes i urethra, i 3 fall negatift; varet hade i dessa fall mer än en dag förvarats på detta sätt. Däremot blef resultatet positift i ett fall, då sekretet blott tre timmar varit förvaradt mellan dylika glas; i detta fall hade glasen under tiden legat i W:s västficka, och gonokokkerna således altjämt varit i åtnjutande af nära på den värmegrad, under hvilken de existera under vanliga förhållanden.

E. Welander.

SIGURD LOVÉN: **Fall af gonorré hos en 5-årig flicka; peritonit; död.** Hygiea 1886, s. 00.

Hos en 5-årig flicka fann L. d. $^8/_5$ flytning från vagina samt exzem å labia majora. Utan något egentligt illamående fortsatte detta till d. $^{17}/_5$, då pat. fick symptom af peritonit, som dock snart minskades. D. $^{18}/_5$ uppträdde inflammation i skulderlederna; diagnosen ställdes nu: gonorré och dröppelreumatism. D. $^{19}/_5$ uppkom ett scarlatinaliknande utslag, hvilket försvann d. $^{22}/_5$, efterlemnande lindrig fjällning. D. $^{25}/_5$ häftiga symptom af peritonit; temp. 39,4°; stark varflytning från vagina. D. $^{26}/_5$ fann prof. MEDIN gonokokker i dylikt var. D. $^{28}/_5$: tillståndet har altjämt försämrats; patienten afled på e.m.

Vid sektion: peritonit med sammanlödda tarmslingor och varsamlingar här och där mellan dessa; slemhinnan i uterus sväld och uppluckrad; här och i bägge tuba tjockt, gult var; i vänstra ovariet en mandelstor absces.

I varet från vagina fann prof. WALLIS gonokokker, men i peritonealexsudatet endast en kedjebakterie (streptococcus pyogenus).

Svårigheten är att afgöra, i hvad förhållande peritoniten stått till gonorréen. L. anser denna möjligen kunnat vara vållande orsak och anser, att detta innebär »en kraftig maning att ej ringakta den hos späda flickor så vanliga levkorréen, hvilken kan vara en till döden ledande gonorré».

E. Welander.

Obstetrik och gynekologi: ANTON FLÖYSTRUP: Om Kranioklasi med särligt Hensyn til dens Teknik. — MEYER: En Tangforlösning og lidt om Födselstangen. — ARCTANDER: Skarlagensfeber i Puerperiet. — BÖCHER: Bemärkninger om Eklampsi. — F. TRIER: Letal Metrorragi af usädvanlig Oprindelse. — O. CHRISTIE: Om 35 större gynäkologiske Operationer, udförte i de sidste 2 År. — Den Credéske Metode til Forebyggelse af nyfödte Börns Öjenbetändelse.

ANTON FLÖYSTRUP: **Om Kranioklasi med särligt Hensyn til dens Teknik.** Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 18.

Se Comptes-rendus, Nord. med. Arkiv, Bd 18, n:r 21.

MEYER: **En Tangforlösning og lidt om Födselstangen.** Medic. Revue, 3dje Årg., S. 73.

Forf. söger ved Exempler fra sin Praxis at fremhäve Nödvendigheden af Jordemoderens Oplärelse i Brugen af Födselstangen.

På det vestlandske Lägemöde i Fjor anbefaledes enstemmig en af Overläge VOGT i Bergen i 1879 til Departementet indgiven Forestilling desangående. — Forf., der praktiserer i et vidstrakt söhårdt Distrikt, viser sig som entusiastisk Tilhänger af Reformen. Han er dog i nogen Tvivl om Jordemoderen bör betroes en Simpsons Tang, der kan bruges i överste Åbning (höjere op vil vel aldrig en Jordemoder vove sig) eller om hun skal få en meget kort Tang, hvormed hun let kan fristes til at arbejde ovenfor dens egentlige Räkkevidde og således komme til at göre Skade.

Til Sagens Lösning anser han det nödvendigt, at Födselstiftelsernes Overläger anstiller Forsög med Tänger af forskellig Längde og Krumning og hvis de finde en Tang, der kan bruges i Hulheden, men heller ikke höjere oppe, da må det väre Idealet af en Jordemodertang.

ARCTANDER: **Skarlagensfeber i Puerperiet.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 607.

Forf. meddeler et Tilfälde af Skarlagensfeber hos en puerpera; dette forlöb på temmelig normal Måde, dog holdt Temperaturen sig höj i nästen 14 Dage, hvilket dog sandsynligvis skyldtes puerperal Lidelse af uterus, i det der var ildelugtende Udflod og stärk Ömhed af uterus og Parametrierne. Pat. kom sig. *F. Levison.*

BÖCHER: **Bemärkninger om Eklampsi.** Hospitals-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1065.

Forf. slutter sig til den af OSTHOFF opstillede Teori, i Fölge hvilken Grundårsagen for omtrent alle Former af Svangerskabsnyre og eclampsia gravid., partur. og puerp. er en särlig stärk Irritation af splanchnicus, som udgår fra uteri Bevägelser i dens forskellige Udviklingstrin, og som forplanter sig til Nyrernes Vasakonstriktorer med deraf fölgende Anämi, Epitelialdegeneration og Albuminuri eller —

isär under Födselen — uden foregående Nyreaffektion direkte til det vasomotoriske centrum i med. obl. og herfra til Hjärnen. Ved denne Teori, der lägger Hovedvägten på Nervesystemet, kan man forklare sig Eklampsiens Opståen i de tre forskellige Perioder; den gör Fyldest også i de Tilfälde, der ikke ere komplicerede med Albuminuri, og den giver en bedre Forståen af det indre kavsale Forhold imellem Eklampsien og dennes Komplikationer, for så vidt disse sidste höre ind under den mentelle Sfäre. Det bliver i Fölge denne Teori Terapiens Hovedopgave at anvende de Midler, der kunne häve den patologiske Reflexirritabilitet og virke antispasmodisk på det vasomotoriske centrum — altså at göre Brug af narcotica og lignende Midler. — Forf. refererer til Slutning et Tilfälde af Eklampsi.

F. Nyrop.

F. TRIER: **Letal Metrorragi af usädvanlig Oprindelse.** Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 16.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 21.

O. CHRISTIE: **Om 35 större gynäkologiske Operationer, udförte i de sidste 2 År.** Medicinsk Revue, 3dje Årg., 1886, S. 369.

Forf. omtaler kortelig 35 större gynäkologiske Operationer (16 Ovariotomier, 12 Myomotomier, 4 Totalexstirpationer af uterus og 3 Enukleationer af submuköse Uterintumörer), det overvejende Flertal udförte af Forf. i Bergens private »Klinikbygning», hvor der er indrettet en kun for Laparotomier bestemt Operationsstue med Forvärelse. Der redegöres for dennes Udstyr og Indretning i antiseptisk Retning og gives en Fremstilling af den der anvendte Operationsteknik, hvad de antiseptiske Kavteler angår. *E. Poulsson.*

SCHÖNBERG: **Den Credéske Metode til Forebyggelse af nyfödte Börns Öjenbetändelse.** Norsk Magaz. f. Lägevid., Forhandl. 1886, S. 129.

Prof. S. meddeler en statistisk Oversigt over det Antal Tilfälde af ophthalmia neonatorum, der forekom på Kristiania Födselsstiftelse för og efter Indförelsen af den Credéske Metode (Drypning med 2 % Sölvnitrat lige efter Födslen). — Metoden indförtes i 1882; för den Tid varierede Procentantallet af nävnte Sygdom mellem 4,5 og 19,0 % af samtlige födte Börn (fra 1876—82 bestyredes Stiftelsen af Prof. S.; Antallet varierede i disse År mellem 4,9 og 12,9 %); efter 1882 havde Antallet kun väret 1 %, hvoraf de fleste Tilfälde var optrådt senere end 4 Dögn efter Födslen; i de Tilfälde, der var optrådt för, og hvor således Infektionen måtte antages at väre sket under Födslen, var Inddrypningen af forskellige Årsager ikke foretaget umiddelbart efter denne eller var ikke sket i tilbörlig Udsträkning. Medens 4 % af de Börn, der för 1882 fik Oftalmi, fik Skade på Synet og 1,6 % blev ganske blinde, indtrådte dette ikke i noget Tilfälde efter 1882. — Forf. gennemgår derpå de forskellige Årsager til Blindhed i Norge, hvoraf fremgår, at ophthalmia neonatorum spiller en stor Rolle; en-

delig henstiller han til Overvejelse, hvorvidt man i större Udsträkning kan indföre den Credéske Metode også udenfor Hospitalerne.

Holst.

Pediatrik: H. Adsersen: Bidrag til Kasuistiken af den »dobbelte Atetose». — Reiersen: Om Behandlingen af Näsedifteritis. — S. T. Sörensen: Om Krup og Trakeotomi. — Schönberg: Pemphigus hos Börn muligvis i Sammenhang med Udslet hos Kreaturer. — Jacques Borelius: Ett fall af nafvelförblödning hos ett 12 dagars barn.

H. ADSERSEN: **Bidrag til Kasuistiken af den "dobbelte Atetose".** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1153, 1177.

Forf. meddeler udförligt et Tilfälde af dobbelt Atetose og giver et Resumé af denne Lidelses Historie.

Patientens Lidelse var begyndt i 3½ Års Alderen. Kramperne vare kontinuerligt tilstede, men forvärredes i Anfald; kun under Sövnen vare de borte. Ansigtets og Tungens Muskulatur var fri; ellers vare alle Legemets Dele Sädet for stadige, temmelig langsomme, frem- og tilbagegående Bevägelser, der optrådte uden bestemt Orden. Pat. var, da han indlagdes på Kysthospitalet på Refsnäs, 8½ År gammel, han opholdt sig der 1¾ År og forvärredes i den Tid, og Lidelsen holdt sig til Döden, der forårsagedes af en scarlatina i Patientens 12te År.

I sin Epikrise afhandler Forf. udförligt Sygdommens Patologi, for så vidt den er kendt, dens Forhold til andre Krampeformer og dens Diagnose.

Friedenreich.

REIERSEN: **Om Behandlingen af Näsedifteritis.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 505.

Da det i mange Tilfälde af Näsedifteritis og navnlig hos Börn kan väre vanskeligt eller umuligt at udskylle Näsen med desinficerende Vädsker, har Forf. ladet lave Baciller af Borsyre med Kokain. Disse bringes ind i Näsen og skulle väre så lange, at de rage ud gennem choanæ posteriores. De virke efter Forf:s Mening så vel ved det Tryk, som de udöve, som ved Borsyrens antiseptiske Egenskaber, og i det Bacillen smelter, synkes en Del Borsyre og vil da i Ventriklen fortsätte sin desinficerende Virkning på de nedslugte Membraner.

F. Levison.

S. T. SÖRENSEN: **Om Krup og Trakeotomi.** Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 25.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 18, N:r 28.

SCHÖNBERG: **Pemphigus hos Börn muligvis i Sammenhäng med Udslet hos Kreaturer.** Norsk Magaz. f. Lägevid., Forhandl. 1886, S. 174.

Taleren meddelte 2 Tilfälde af pemphigus hos Börn, der antagelig var fremkaldt ved Smitte fra Kör. I det ene Tilfälde fik en Gut på 5 År pemphigus på truncus, Händer og Födder, samt i Munden en cirkulär Stomatit (HIRSCH); hos 2 af Körene på samme Gård fandtes et vesikulärt Exantem på Yveret (derimod ikke på Klovene). Smitten var sket gennem en Rift, Gutten havde på Fingeren, hvor Sygdommen havde begyndt med en bulla. Senere havde han set et Tilfälde af (vesikulös) Stomatit hos et Barn, der i 8 Dage havde fået Mälk fra en Ko, som havde en vesikulös Eruption på Yveret. Tal. henpegede på Muligheden af, at Stomatiter oftere kunde opstå på lignende Måde. *Holst.*

JACQUES BORELIUS: **Ett fall af nafvelförblödning hos ett 12 dagars barn.** Upsala läkareför. förhandl., bd 22, s. 40.

Barnet var födt flere veckor för tidigt och hade blödt ur nafveln under 5 till 6 timmar, innan förf. tillkallades. Genom flere silkessuturer hopsnördes den yttre nafveln; men blödningen återkom icke desto mindre och gjorde snart slut på det klena, atrofiska barnets lif. Hemofili fans icke i slägten; anledning att antaga septikemi saknades, och hereditär syfilis förnekades. (Barnets fader hade likväl samtidigt sekundära fenomen af syfilis och behandlades af ref.)

Björkén.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: Additamenta ad Pharmacopœam Danicam 1868. — CHR. STEENBUCH: Tillägget til Pharmacopœa Danica 1886. — E. BULL: Nogle Bemärkninger om Fiskepulver. — C. A. JACOBSEN: En Henstilling angående Apotekerspörgsmålet. — A. WILLHARD: Undersökning af urinen från ett fall af karbolsyreförgiftning. — M. MALMBERG: Om några kurorter och platser i Sverge, såsom lämpliga för bröstpatienter.

Additamenta ad Pharmacopœam Danicam 1868. Udgivet af Sundhedskollegiet. Hanniæ 1885. (C. A. Reitzel.)

Indeholder 25 officinelle Droger, dels nye, dels omändrede fra den gamle Farmakopé. *Buntzen.*

CHR. STEENBUCH: **Tillägget til Pharmacopœa Danica 1868.** Köbenhavn 1886. 39 S. (P. Haubarg & C:o.)

Giver en skarp kritisk Kommentar til oven nävnte Tilläg og fremhäver dets store Mangler. *Buntzen.*

E. BULL: **Nogle Bemärkninger om Fiskepulver.** Klinisk Årbog 1886.

Forf. henleder Opmärksomheden på et nyt norsk Näringspräparat, Fiskepulveret; af Präparatet, der udelukkende består af Ködet af gadus morrhua, meddeles en Analyse. Forf. ses at have formået to af de på hans Afdeling tjänestegörende Praktikanter til på sig selv at anstille en Räkke — udförlig meddelte — sammenlignende Ernäringsforsög med ROUSSEAUS Ködpulver og Fiskepulver, hvoraf fremgår, at Fiskepulver ikke i Ernäringsvärdi står tilbage for Ködpulver. Forf. har användt Fiskepulveret hos en Del Patienter på Hospitalet. Hans Undersögelser er endnu for få til, at han vil udtale sig närmere om hvilken Betydning det nye Middel kan få, men han tror, at det delvis vil kunne erstatte det meget dyrere Ködpulver, måske särlig hos nevrasteniske og hysteriske Individer, ligesom det på Grund af dets märkelige Rigdom på Fosforsyre muligens kan få Betydning i Rakit. — Sluttelig nävnes et andet nyt Präparat Rognpulver, fremstillet af Fiskerogn.

J. Hopstock.

C. A. JACOBSEN: **En Henstilling angående Apotekerspörgsmålet.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 610.

Foreslår en Reform af det farmacevtiske Studium, hvorved dette blev tilgängeligt också for akademisk dannede Mänd. Dette vil kun väre muligt, når de nuvärende Apotekerprivilegier amortiseres.

Joh. Buntzen.

A. WILLHARDT: **Undersökning af urinen från ett fall af karbolsyreförgiftning.** Hygiea 1886, s. 572.

Undersökningarna utfördes på urinen från ett fall af karbolsyreförgiftning, som gick till hälsa, och afse att klargöra, huru stor mängd af det intagna preparatet, som öfvergick i urinen utan att hafva undergått en oxidationsproces, tiden för eliminationen samt den form, hvarunder giftet aflägsnades.

Af 5 gm, som kan antagas hafva utgjort den intagna mängden, återfunnos 3,5 gm i urinen. Däraf fans det allra mesta, nämligen 2,75 gm, i den urin, som läts 2 timmar efter förtärandet af preparatet; i den urin, som läts 15 timmar efter förgiftningen, fans 0,72 gm; i följande urinportion fans endast helt ringa mängd fenol. Resorption och elimination hafva således försiggått hastigt. — I den första, fenolrika, urinportionen räckte svafvelsyran endast att binda en liten del af fenolen såsom etersvafvelsyra, så att största delen af fenolen eliminerades under annan form, glykusansyreförening (?); i den färska urinen fans ej fri fenol. I de följande urinportionerna förefans fenolen hufvudsakligen såsom etersvafvelsyradt salt.

Undersökningen lemnade således resultat, som stämmer öfverens med hvad man förut funnit, genom experiment på djur.

K. Mörner.

M. MALMBERG: **Om några kurorter och platser i Sverge såsom lämpliga för bröstlidande.** Eira 1886, s. 629 och 659.

Bland hafskurorter framhåller förf. förnämligast *Ljungskile* såsom en för många bröstpatienter mycket lämplig ort, som erbjuder på en gång både hafs- och skogsluft. De yttre anordningarna hafva på senare åren så mycket förbättrats, att nu mera icke så obetydliga anspråk på komfort kunna tillfredsställas. Vidare framhålles *Stenungsön* samt *Stillingsön* och *Svanesund*. Såsom kurorter inuti landet omnämnas *Säfsjö*, *Ulricehamns* sanatorium och platserna i *Jämtland*.

Edgren.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: Frænkel: Om Hypnotismen i medikolegal Henseende. — Kongl. Medicinalstyrelsens kungörelse, angående förändringar i gällande medicinaltaxa. — Kongl. Maj:ts nådiga kungörelse, med vissa bestämmelser i fråga om balsamering af lik. — Emil Madsen: Det kongelige Sundhedskollegiums Forhandlinger i Året 1885. — Nökkentved: Lägens ökonomiske Stilling. — P. Söderbaum: Lasarettsläkarestatistik. — H. P. Örum: Om Lägevagtstationer i Köbenhavn. — Biering: Lovforslaget om Tilsyn med Plejebörn. — Selskabet for Sundhedsplejen: Årsmödet den 5 Oktober 1886. — O. F. Hallin: Lasarettsväsendet i Sverge 1885. — G. Bugge: Om Sygehuse på Landet. — Mort. Hæren: Trosa sjukstuga och sjukstugor i allmänhet. — E. H.: Beskrifning på Vimmerby provinsialläkaredistrikt. — A. G. Drachmann: Frederiks Hospital for henved 70 År siden. — Statistiske Oplysninger om Staden Köbenhavn, III, 1881—1885. — A. J. Raavad: Forslag til en Bygningslov for Staden Köbenhavns Grund og Sokkelunds Herred. — Faartoft: Vandvärk i Nyköbing på Mors. — Förslag till kloakledning i Lund. — Ove Krarup: Om Vandfiltre, särlig Chamberlands Filter (Pasteurs System). — E. C. Hansen: Om Analyser af Luftens Mikroorganismer. — J. Carlsen: Om Dödeligheden i Danmark i dette Århundrede. — Medicinalstyrelsens underdåniga berättelse för år 1884. — Fällesforskningen. — H. T. Manicus: Hygiejniske Notitser. — L. I. Brandes: Små populäre Arbejder. — V. Uchermann: Indberetning angående en med offentligt stipendium i Sommeren 1886 foretaget Rejse til Danmark, Sverge, Tydskland og England for at studere Sanitetsväsenet i disse Landes Mariner. — Nökkentved: Erindringer fra en Expedition i Indien. — V. Uchermann: Vore Dövstumme. — Johan Widmark: Refraktionsundersökningar, utförda vid några skolor i Stockholm. — Johan Widmark: Undersökningar rörande refraktionsförhållanden hos skolungdom. — E. Schmiegelow: Bidrag til Bedömmelsen af Öresygdommes Hyppighed blandt Skolebörn i Danmark. — Sigfrid Levy: Om Skolens Betydning for Skoliosens Udvikling. — I. Stang: Trykte Forholdsregler ved smitsomme Sygdomme. — Giersing: Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse 1 Okt. 1881. — V. Budde: Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning. — Trautner: Om Tyfusepidemier og Fällesmejerier. — E. Almqvist: Om epidemiologiens metoder.

FRÆNKEL: **Om Hypnotismen i medikolegal Henseende.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 281.

Indeholder en Fremstilling af forskellige fra Udlandet kendte Tilfälde, i hvilke Forbrydelser ere udövede mod hypnotiserede Per-

soner eller Personer i hypnotiseret Tilstand ere anvendte som Redskaber i forbryderiske Öjemed. Forf. finder ikke Anledning til at tillade offentlige Forestillinger i Hypnotisering, men fremhäver Nödvendigheden af, at Läger og Dommere lige over for mulig mödende Tilfälde ikke ere uden Kendskab til herhen hörende Fänomener.

Emil Madsen.

Kongl. Medicinalstyrelsens kungörelse, angående förändringar i gällande medicinaltaxa; gifven i Stockholm den 10 nov. Bihang till svensk författningssaml. n:r 74.

A. Key-Åberg.

Kongl. Maj:ts nådiga kungörelse, med vissa bestämmelser i fråga om balsamering af lik; gifven Stockholms slott d. 22 okt. 1886. Sv. författningssaml. 1886, n:r 71.

Förordnar 1) att balsamering af död människas kropp icke får ega rum förr än 24 timmar efter döden och 2) att balsamering ej får ske annat än på grund af skriftligt tillstånd antingen af den läkare, som närmast före dödsfallet skött den aflidne eller af annan legitimerad läkare, som besigtigat liket och gjort sig underrättad om dödsorsaken.

Brott emot denna förordning straffas med böter från och med 5 till och med 200 kronor. *A. Key-Åberg.*

EMIL MADSEN: **Det kongelige Sundhedskollegiums Forhandlinger i i Året 1885.** Köbenhavn 1886. 479 S.

Indeholder som de tidligere Årgange udförlige Referater af de Sager, der have väret forelagte det danske Sundhedskollegium til Betänkning. Af de meddelte Justitssager angå 11 Spörgsmål om Tilregnelighed, 2 Drab, 5 Barnemord og Fosterfordrivelse, 64 Paternitetsspörgsmål, 3 Forgiftninger, 3 Kvaksalveri, 6 ulovlig Medikamenthandel. De övrige Sager, hvorover Betänkninger meddeles, angå dels Medicinalpersonalet og dets Virksomhed, Lägeembeders Oprettelse og Omordning, adskillige Andragender om nye Apotekers Oprettelse, flere Spörgsmål om Karantänebestemmelser, Planer til nye Sygehuse og Epidemilokaler, Reglementer for Sygehuse og Fattiggårde, forskellige hygiejniske Spörgsmål (deriblandt om Foranstaltninger mod Udbredelsen af smitsomme Sygdomme gennem Fällesmejerier), Andragender om Eneretsbevillinger samt om Invalideforsörgelse. Endelig meddeles de af Sundhedskollegiet i 1885 udstedte Cirkulärer og Bekendtgörelser samt de i samme År udkomne Love og ministerielle Resolutioner, der angå medicinale Forhold (deriblandt Lov af 30 Marts 1885 angående yderligere Foranstaltninger mod asiatisk Koleras Indförelse). *Joh. Möller.*

NÖKKENTVED: **Lägens ökonomiske Stilling.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 444.

Slutter sig til en tidligere Diskussion om samme Ämne (se Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 7, S. 44). *Joh. Möller.*

P. SÖDERBAUM: **Lasarettsläkarestatistik.** Eira 1886, s. 206—209.

En jämförande tabellarisk sammanställning, utvisande å ena sidan lasarettsläkarnes löneförmoner, och å den andra så väl det årliga antalet som medeltalet för hvarje dag vårdade sjuka vid svenska lasarett. Till grund för beräkningen af läkarnes förmoner hafva lagts förhållandena vid 1886 års ingång och för den af antalet vårdade, vid alla lasaretten utom Gefle, uppgifterna för 1883 och 1884. Vid det nämnda lasarettet hafva upptagits siffrorna för 1884 och 1885.

A. Key-Åberg.

H. P. ÖRUM: **Om Lägevägtstationer i Köbenhavn.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 477 (også i Särtryk, 8 S.).

Efter at have påvist, hvorledes der i Köbenhavn er Trang til en Ordning, hvorved der uden Overbebyrdelse af enkelte Läger sikres tilskadekomne og syge med pludselig opståede eller forvärrede Tilfälde hurtig Lägehjälp om Natten, omtaler Forf., hvad der i denne Henseende er foretaget i flere fremmede större Byer (Paris, Wien, Berlin og Stockholm). For Köbenhavns Vedkommende blev Spörgsmålet rejst i 1884; men Kommunebestyrelsen mente da ikke selv at kunne tage en så kostbar Foranstaltning i sin Hånd. Forf. foreslår derfor ad privat Vej, men med forväntet Understöttelse af Kommunen og andre offentlige Midler, at få Lägestationer oprettede, först i sådanne Bydele, der tränge hårdest dertil, samt tillige at sätte alle Politistationerne i Stand til at give tilskadekomne en forelöbig Forbinding og sörge for hensigtsmässig Transport til Hospitalerne. — En Forening med ansete Mänd i Spidsen har dannet sig for at sätte Sagen i Värk, og den synes at have god Fremgang.

Joh. Möller.

BIERING: **Lovforslaget om Tilsyn med Plejebörn.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14, S. 525.

I Anledning af nävnte i den danske Rigsdag fremlagte, men ikke tilendebragte Lovforslag gör Forf. nogle kritiske Bemärkninger; navnlig savner han en Bestemmelse om Benyttelsen af sagkyndig Bistand ved späde Börns Anbringelse i Pleje, hvilken han anser for ubetinget nödvendig på Grund af den så vel hos Plejemödrene som hos de tilsynshavende almindelig tilstedevärende Uvidenhed med Hensyn til späde Börns Ernäring. *Joh. Möller.*

Selskabet for Sundhedsplejen. Årsmödet den 5 Oktober 1886. Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 239.

Selskabet, der som sädvanlig har virket ved Foredrag samt ved at anbefale eller understötte enkelte Foretagender med hygiejniske Formål, har vedtaget Nedsättelsen af et Udvalg til at tage under Overvejelse, ved hvilke udadgående Skridt Selskabet vil kunne bidrage til at fremkalde yderligere Sundhedsreformer.

Joh. Möller.

O. F. HALLIN: **Lasarettsväsendet i Sverge 1885.** Hygiea 1886, s. 731.

Antalet *lasarett* och *kurhus* i riket uppgick till 69, öfriga civila sjukhus till 53. Å länslasarettet vårdades i alt 25,151 patienter och å kurhusen 4,389. Mortaliteten å de förra utgjorde 5,4 % och å de senare 0,7 %.

Å *Stockholms stads alla civila sjukhus* vårdades tillsammans 9,085 sjuka. Mortaliteten belöpte sig till 5,8 % på Serafimerlasarettet och 8,0 % på Sabbatsbergs sjukhus.

Å *öfriga civila sjukhus* inom landet vårdades 5,729 sjuke. Mortalitetsprocenten utgjorde å alla i medeltal 6,3; å Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (å 1,743 sjuka) 8,3.

Å *Allmänna barnhuset i Stockholm* var antalet späda barn 398, det af s. k. extra barn för tillfället och vanligen såsom sjuka därstädes intagna 39. Dödlighetsprocenten bland de späda barnen var 20,6, bland de extra barnen 51,02. Af äldre barn vårdades under året 172. Mortalitetsprocenten 10,71.

Å *barnbördshusen* vårdades tillsammans 3,003 barnaföderskor. Af dessa afledo 13, och 53 flyttades till annan sjukvårdsinrättning. Äfven under antagande att de fleste af dessa senare aflidit, uppgår mortalitetsprocenten endast till 2 %.

Skadade genom *olyckshändelser* lemna som vanligt en stor kontingent till sjukhusen; för skottskador intogos sålunda 303, 80 skadade vid stensprängning, 162 genom skjutvapen och 60 genom explosioner. Genom diverse tilhyggen hade sårats 404, i maskiner, tröskverk, sågverk 619; under åkning och ridning 306; under slagsmål 118, genom djurs åverkan 189 o. s. v.

För *själfmordsförsök* intogos 25, de allra flesta voro försök att afskära pulsådrorna på armar eller hals.

Å samtliga de civila sjukhusen hade verkstälts 7,621 *större kirurgiska operationer* med en mortalitet af 1.9 %.

Ögonoperationer ha förekommit till ett antal af 1,294, hvaraf 260 kataraktoperationer, i 88,8 % med godt Resultat. Iridektomi verkställdes 238 gånger, enucleatio bulbi 98, med ett dödsfall.

Exstirpation af hvarjehanda *tumörer* har gjorts i 1,661 fall, 326 cystaartade, 304 lymfomer (3 döda), 137 fibromer, 111 sarkomer (2 döda), 96 lipomer, cancer epithelialis 184 med ett dödsfall, cancer mammæ 142 med dödlig utgång i 2 fall.

Trakeotomi har utförts 52 gånger med dödlig utgång i 22.

Plastiska operationer hafva utförts 132.

För sjukdomar i ändtarmen opererades 306 patienter, däribland 118 för contractura ani och 5 för atresia ani.

För sjukdomar i *de kvinliga sexualorganen* verkställdes 197 operationer, hvaribland ovariotomi 71, med en mortalitet af 18,3 %.

Herniotomi utfördes 176 gånger med mortalitetsprocent å 23,7. Redogörelsen upplyser icke, hvilka af dessa fall beträffat inkarcererade och hvilka gält fria bråck.

Litotripsi och *litolapaxi* hafva verkstälts 17 gånger med 2 dödsfall; *litotomi* 12 gånger utan dödsfall och *cystotomi* 23 med dödlig utgång i 4 fall.

Trepanatio cranii har gjorts i 15 fall, på intet har dödlig utgång följt.

De *stora amputationerna:* humeri 22, 1 död; antibrachii 48, 1 död; femoris 42, 7 döde; anticruris 66, 7 döda; manus 2.

Exarticulatio humeri 5, 1 död; antibrachii 1, manus 15, femoris 1, anticruris 2, tali 3, alla utan något dödsfall. Exarticulatio pedis gjordes 15 gånger med dödlig utgång i 1 fall.

Sekvestrotomier gjordes i 260 fall, évidement i 420 utan dödsfall.

Rossander.

G. BUGGE: **Om Sygehuse på Landet.** I Anledning af det förste vestlandske Lägemöde. Medicinsk Revue, 3dje Årg., S. 33.

I Tilslutning til D:r HAGEMANNS Foredrag om kommunale Sygehuse på Landet fremhäves den dybt fölte Trang til sådanne fra Publikums Side.

Der antydes på hvilken Måde den nödvendige Anlägskapital bör tilvejebringes. Forf. tvivler om, at det vil väre muligt at få Statsbidrag til at opföre disse Sygehuse, men tror, at de bör opföres på Kommunens Regning. De vil da også omfattes med större Interesse og blive almindeligere benyttet end de större Amtssygehuse.

MORT. HÆRÉN: **Trosa sjukstuga och sjukstugor i allmänhet.** Eira 1886, s. 134—140.

En kort redogörelse för Trosa sjukstugas tillkomst och utveckling jämte några allmänna betraktelser öfver sjukstugornas ändamål, de fordringar, hvilka de samma böra uppfylla med hänsyn till läge, inredning m. m. samt öfver det i förf:s tanke altför ringa arfvode, hvilket i vanliga fall tillkommer läkaren vid dessa sjukvårdsanstalter.

A. Key-Åberg.

E. H.: **Beskrifning på Vimmerby provinsialläkaredistrikt.** Eira 1886, s. 770—772.

Afhandlar i korthet distriktets topografi, klimatiska förhållanden, samfärdsmedel, folkmängd o. s. v. samt lemnar en, för öfrigt tämligen mörk, skildring af befolkningens ekonomi och läkarens inkomstkällor.

A. Key-Åberg.

A. G. DRACHMANN: **Frederiks Hospital for henved 70 År siden.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 14. S, 601.

Forf. giver navnlig Oplysning om Hospitalets daværende hygiejniske Forhold, hvis Slethed han dokumenterer. Det er bygget på en meget lavt liggende, fugtig og til Dels med Latrinindhold og andre Gödningsstoffer opfyldt Grund, og direkte på dette Jordsmon hvile Gulvene af de to lange, lave, enetages Bygninger, som indeholde de fleste Sygestuer, der ved en den Gang kun ét Sted gennembrudt Längdeskillevåg deltes i to adskilte Räkker Stuer, hver Räkke i indbyrdes direkte Forbindelse med hinanden. Ydermurene mod Skyggesiden vare yderst fugtige, så at de tilhörende Sygestuer vare »Udkläkningsanstalter»

for Snegle, hvoraf der om Morgenen kunde vrimle. Langs Bygningerne fandtes åbne Rendestene med ringe Fald, hvorved om Sommeren udvikledes en gennemträngende Stank. Retiraderne fandtes i Forstuerne og bestode af murede Gruber, der kun själden tömtes. I den ene til Hospitalet hörende Baggård havde Ökonomen en Svinesti, og stödende op dertil lå en stor åben Mödding. Vandet toges af Brönde med Pumper, men var yderlig slet. To af de nuvärende Sygestuer, der ligge i umiddelbar Forbindelse med de övrige, benyttedes til Sektions- og Ligstue. Til Ventilation var anbragt en Åbning i Loftet, hvilken förte ind til et både i det fri og i Loftsrummet udmundende Trärör; men den var nästen altid lukket, og Vinduerne bleve kun åbnede et Öjeblik om Morgenen. Ved stärk Tilströmming af syge opstilledes »Reservesänge» rundtom i Sygestuerne, og forslog dette ikke, blev der lagt »dobbelt», d. e. to syge i én Säng. Sängene vare af Trä, omgivne af Omhäng og forsynede med Halmmadrats og Fjärdyner, Belysningen foregik ved små Spädelys (Tällelys), der osede slemt. I Tyverne fremkom mange Klager over Hospitalet og dets Forplejning, hvorved der efterhånden udvirkedes forskellige Forbedringer. Disse have dog aldrig kunnet afhjälpe de store og graverende Grundmangler i hygiejnisk Henseende, og Forf. tager derfor lil Slutning Ordet for snarest muligt at nedlägge og flytte Hospitalet.

Jul. Petersen.

Statistiske Oplysninger om Staden Köbenhavn, III, 1881—1885. Udgivet ved Kommunalbestyrelsens Foranstaltning. Köbenhavn 1886. 129 S.

Omhandler i *Afsnit I* Stadens Topografi og Beboelsesforhold m. m., i *Afsnit II* meteorol. Forhold, i *Afsnit III* Befolkningsforhold, i *Afsnit IV* Morbilitet, Mortalitet og Hygiejne. (Desuden i fölgende Afsnit V—X andre Komm. vedrörende Forhold: Erhverv, Skoleväsen, Retspleje, Fattigväsen — Valgväsen og Ökonomi). *Emil Madsen.*

A. J. RAAVAD: **Forslag til en Bygningslov for Staden Köbenhavns Grund og Sokkelunds Herred.** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 159.

Et fuldständigt udarbejdet Udkast til et Lovforslag med vedföjede Beväggrunde. De Grundsätninger, der have ledet Forf. ved Udarbejdelsen, ere, at Bygningsloven väsentlig er en hygiejnisk Lov, og at den bör väre affattet således, at den byggende ikke alene ser, hvad han ikke må göre, men at han först og fremmest kan se, hvorledes og hvorfor han skal göre det forlangte. Paragrafferne ere samlede i 4 Afsnit: 1) Sundhedsregler, 2) Styrkeregler, 3) Regler mod Brandfare, 4) Tilsynets Ordning. — Navnlig i förste Afsnit stiller Forf., i väsentlig Overensstemmelse med Hygiejnens Krav, videre Fordringer end tidligere Bygningslove. *Joh. Möller.*

FAARTOFT: **Vandvärk i Nyköbing på Mors.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 381, 409.

Forf. beskriver kortelig de uheldige hygiejniske Forhold i Nyköbing på Mors, en By, der jävnlig er bleven hjemsögt af Epidemier af

tyfoid Feber. Byen er for störste Delen opfört på en lav, sumpet Bund med dårlige Afløbsforhold; Drikkevandsforsyningen er hidtil sket gennem gravede Brönde af ringe Dybde med slet Vand, Renovationsväsenet er ufuldkomment (en Blanding af Grube- og Töndesystem) og Spildevandsafledningen i det hele uheldig. Det er nu lykkedes at få anlagt et Vandvärk, hvortil Vandet fås ved artesiske Boringer i Närheden af Byen; gennem 3 Borerör, förte til en Dybde af 42 Fod, tilvejebringes en Vandmängde af 5235 Tdr eller 23557 Kbf. i Dögnet, hvilket pr Individ belöber sig til 1,92 Tdr = 276 Potter = 8,64 Kbf. i Dögnet, altså en meget rigelig Vandmängde. Vandets Temperatur, målt på en varm Sommerdag, var 7,5° C; ved den kemiske og mikroskopiske Analyse, der udförlig meddeles, viste det sig at väre godt Drikkevand. Vandets Tilledning til Pumpestationen samt dennes og Höjdereservoirets Indretning beskrives närmere. Anlägsomkostningerne for Vandvärket have udgjort omtr. 56000 Kr. (foruden 8000 Kr. til Köb af Areal). *Joh. Möller.*

Förslag till kloakledning i Lund, afgifvet 1886 af därtill utsedde komiterade. Med 11 taflor. Lund 1886.

Fullständiga planer till kloakanläggning jämte tillhörande tekniska detaljer så väl för ett kombineradt system, enligt hvilket ledningarna skola upptaga jämväl regnvatten, som för ett separat och delvis separatsystem, som ej upptager nederbördsvattnet eller endast en del däraf, äro här jämte åtföljande kostnadsförslag utarbetade af danske ingeniören Chr. Ambt. Arbetet innehåller dessutom ett utlåtande till Lunds stadsfullmäktige af utsedde komiterade rörande frågan i allmänhet om behofvet af kloakledning för staden samt en redogörelse för ärendets behandling. Slutligen bifogas ett utlåtande i sanitärt hänseende öfver förslaget af undertecknad. Bland vigtigare punkter i förslaget må nämnas, att kloakvattnets rening skall försiggå medelst irrigation på åkerfält nedanför staden, vattenklosetters införande förordas, automatiska spolapparater skola anbringas på ställen, där markens lutning ej medgifver tillräckligt hastig strömning i kanalerna, samt att afloppsledningars utförande i de enskilde husen skall ske i öfverensstämmelse med gifna föreskrifter. Kostnadsförslaget upptager 375,000 kronor för det kombinerade systemet, 188,000 kr. för det fullständigt separata och 210,000 kr. för det det delvis separata systemet, hvilket senare af komiterade förordas. — En mängd synnerligt väl tecknade och graverade planer och ritningar af tekniska detaljer åtfölja arbetet. *E. Heyman.*

OVE KEARUP: **Om Vandfiltre, särlig Chamberlands Filter (Pasteurs System).** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 208.

Forf. beskriver det nävnte Filter og fremhäver dets også ved hersteds anstillede Forsög bekräftede Ävne til at holde Vandet frit for spiredygtige Organismer, samtidig med, at det hverken udskiller de i Vandet opløste Stoffer eller de absorberede Luftarter og derfor kun lidet forandrer Vandets Smag og Lugt. Anbragt på et Rör fra Kö-

benhavns Vandledning, og altså undergivet Vandvärkets Tryk, leverer efter Forf:s Meddelelse et enkelt CHAMBERLANDS Husholdningsfilter daglig omtr. 20 Potter Vand, når det opstilles i Kälderen, omtr. 10 Potter Vand i 5 Etage. Ved Drikkevand med ilde Lugt eller Farve anbefaler Forf. at lade Vandet passere et Slags Forfilter, indeholdende Kul, inden det når den PASTEURske Cylinder. *Joh. Möller.*

E. C. HANSEN: **Om Analyser af Luftens Mikroorganismer.** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 217.

Efter at have givet et Overblik over de til oven nävnte Undersögelser hidtil anvendte Metoder meddeler Forf. de vigtigste Resultater af Luftanalyserne med Hensyn til de i Luftens Stöv indeholdte Svampe, så vel Skimmel- som Gärsvampe som Bakterier, navnlig dog de sidste som den for hygiejniske Spörgsmål vigtigste Gruppe. Med Hensyn til disses forskellige Opträden i Luften under forskellige Forhold fremhäver han, fortrinsvis efter MIQUELS flerårige Undersögelser i Paris, at Luften i denne By i Februar indeholder färrest, i Midten af Sommeren flest Bakterier, at der hvert År siden 1880 har fundet en Formindskelse Sted af Bakteriernes Antal i Luften, muligvis som Fölge af de hygiejniske Forbedringer i Byen, särlig dens Ventilation ved de talrige Boulevarder, at der inde i Husene findes flere Bakterier end udenfor, at Luften over Havet allerede i en Afstand af 100 til 200 Km. fra Land er berövet störste Delen af sine Mikroorganismer, så at Vinden fra Havet medförer en nästen kimfri Luft, og at Sollyset har en betydelig steriliserende Kraft. *Joh. Möller.*

J. CALSEN: **Om Dödeligheden i Danmark i dette Århundrede.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1009 og 1033.

Benyttende sig af H. VESTERGÅRDS Opgörelse af Dödelighedskvotienten for hvert enkelt År i dette Århundrede indtil 1882 (Danmarks Statistik, Bd 1, Hft 5 & 6) undersöger Forf. Mortalitetens mest fremträdende Svingninger. Danmarks Dödelighedskvotient, der gennemsnitlig ansättes til 20,2, har i de forskellige År varieret mellem 19,0 og 31,6. I de förste 13—14 År af Århundredet var Dödeligheden höj, så vidt det af det defekte Materiale kan sluttes, i alle Aldre; Födslernes Antal ringe. Efter nogle Års lav Dödelighed steg Mortaliteten atter i Årene 1820—22, särlig var Börnedödeligheden i 1821 stor (exant. Febre og Kighoste). Dödelighedskvotientens störste Udsving fra Gennemsnittet falder på Årene 1828—38 med Kulmination i 1831, det eneste År, i hvilket Dödsfaldenes Antal oversteg Födslernes. Navnlig for Årene 1828—35 skyldes den forögede Dödelighed udbredte Koldfeberepidemier. I 1835 herskede Kopper, Skarlagensfeber og Mäslinger, i 1836 influenza udbredt. Årene 1846—49 vise atter en mindre fremträdende Forögelse af Dödeligheden (influenza, Koldfeber, Difteri), ligesom også Koleraåret 1853 markeres ved en Kvotient af 26,5. Den forholdsvis höje Dödelighed 1857—58 skyldes Epidemier af scarlatina og diphtheritis, der navnlig blandt Börn under 5 År medförte talrige Dödsfald. I 1864—65 lader sig

atter påvise en Forögelse af Dödeligheden, der hovedsagelig synes at skyldes en forögct Intensitet af nästen alle epidemiske Sygdomme, särlig Difteri og tyfoid Feber. Efter 1866 forekom ikke noget större Udsving af Dödeligheden.

Gennem en Sammenstilling af Dödeligheden efter Aldersklasser (med Udeladelse af de under 5 År og over 75 År döde) for hvert enkelt Tiår i Perioden 1835—85 kommer Forf. til det Resultat, at de höjere Aldersklasser (i Köbenhavn efter det 20de År, udenfor Köbenhavn efter det 35te År) i det nävnte Tidsrum udvise en tydelig sukcessiv Aftagen af Dödeligheden, medens en sådan Aftagen ikke lader sig påvise for de yngre Aldersklasser. Hvad Dödeligheden blandt Börn under 5 År angår, påviser Forf., at den i Köbenhavn og Provinsbyerne ikke synes aftagen efter 1834, på Landet derimod viser en kendelig, om end ikke stor Nedgang i det förste Leveår. Som mulig Årsag til sidst nävnte påfaldende Resultat nävner Forf. dels mulig Forskydning mellem de forskellige Samfundslag, dels en enkelt Sygdoms, Difteriens, formentlig tiltagende Betydning som Dödsårsag. Forf. berörer forskellige andre Forklaringsmuligheder, men fremhäver tillige de Hindringer, som Medicinalstatistikens Ufuldkommenhed medförer for en rationel Undersögelse af Forholdet. De Sygdomme, for hvilke de statistiske Resultater vilde have störst Pålidelighed, de egentlig epidemiske Sygdomme, have en forholdsvis ringe Andel i Totaldödeligheden (efter TH. SÖRENSEN for Aldersklasserne over 20 År i Köbenhavn mellem 1,5 og 9,4 % af den samlede Dödelighed). Störst Betydning blandt disse Sygdomme har den tyfoide Feber, om hvilken det med Sikkerhed udsiges, at den i Köbenhavn i stärkt aftagende Grad opträder som Dödsårsag, hvilket väsentligst antages at kunne tilskrives Byens forbedrede Vandforsyning; en Nedgang i den ved Tyfoidfeberen forårsagede Dödelighed findes antydet også for Provinsbyernes Vedkommende. Influenzaens samt Koldfeberens og Dysenteriens aftagende Betydning antages väsentlig at have bidraget til de höjere Aldersklassers forögede Levedygtighed. Barselfeber opträder ligeledes med betydelig mindre Hyppighed som Dödsårsag. Men den väsentligste Andel i de äldre Aldersklassers tiltagende Levedygtighed må dog efter Forf. tilskrives en formindsket Dödelighed ved visse eller samtlige kroniske Sygdomme, hvorom Medicinalstatistiken ingen närmere Oplysning kan give. — Til Slutning fremhäver Forf. som Resultat af denne og andre Undersögelser, at Börnedödeligheden ikke uden videre tör betragtes som en pålidelig Målestok for et Lands Sundhedstilstand. *Emil Madsen.*

Medicinalstyrelsens underdåniga berättelse för år 1884. Stockholm 1888.

Hälsovårdsnämndernas verksamhet i rikets städer. I fråga om vattentillgång, vattenaflopp, vattens afledande och marks torrläggning omförmälas förbättringar i åtskilliga städer, däremot är det i allmänhet illa beställdt med renhållningen och aflägsnandet af orenlighet ur städerna. »Någon väsentlig förbättring härutinnan är icke häller att förvänta, förr än renhållningen allmänt betraktas såsom en kommunens

allmänna angelägenhet och ej öfverlemnas åt de enskilde gårdsegarne.» Ett ej ringa antal städer ha under året skaffat sig epidemisjukhus.

Dödlighetsförhållandet och dödsorsakerna i städerna. Dödligheten p. m. var under 1884 (på en folkmängd af 763,872 personer) 20,2, mot 20,8 under 1883, 21,7 under 1882 och 21,7 under 1881. Bland de större städerna har Stockholm haft en dödlighet af 23,5, Göteborg 21, Malmö 20,3, Gefle 19,3. Högsta siffran har antecknats från Haparanda (26,6), lägsta från Vimmerby (6). — Förhållandet mellan födda och döda var för samtliga städer = 167 : 100, för de norra kuststäderna 195 : 100, för de skånska städerna 174, för Stockholm 151 och för de öfriga Mälarestäderna = 148 : 100. Dödligheten under första lefnadsåret = 25 % af alla dödsfallen och 14,9 % af antalet födda. I Stockholm har förhållandet varit resp. 29,4 och 19,4, i de öfriga Mälarestäderna 24,4 och 16,4, i de norra kuststäderna 22,6 och 11,5 samt i de skånska städerna 23,4 och 11,9 %. — Dödsfallen i infektionssjukdomar utgjorde 12 % af samtliga dödsfall mot 15,09 året förut. Tillökning visar endast kikhosta (224 mot 131 året förut). Bland öfriga dödsorsaker visa lungsot 14,9 %, akuta lung- och lungsäcksinflammationer 11,3 % och sjukdomar i digestionsorganen 13,7 % af samtliga dödsfall. Rubriken »självmord» räknar 118 fall, »mord och dråp» 16.

Frekvensen af akuta infektionssjukdomar i hela landet i jämförelse med föregående året har varit följande: tyfoidfeber, kikhosta, påssjuka och skarlakansfeber hafva tilltagit, däremot fläcktyfus, epidemisk hjärnfeber, difteri, krup, rödsot, smittkoppor och mässling aftagit.

Förbättringar och förändringar i den civila läkarevården. Utom tillkomsten af en del nya stads- och distriktläkaretjänster omförmäles, att riksdagen beviljat provinsialläkare pensionsrätt vid fylda 60 år och efter 25 års tjänstgöring i statens tjänst, af hvilka 20 år såsom provinsialläkare, med en pension till belopp af 4,000 kronor.

Civila sjukvårdsinrättningar. Lasarettens och kurhusens antal (i likhet med föreg. år) 69; två »sjukstugor» hafva tillkommit, en i Karlskoga och en i Öfver-Kalix. Sjuksängarnas antal 4,132. — I lasaretten och kurhusen vårdade sjuka utgjorde 29,028, hvaraf 4,941 på kurhusen. Mortaliteten på lasaretten var 5,5 %, underhållsdagarna i medeltal för hvarje vårdad 32,5 å lasaretten, 37,4 å kurhusen. Medelkostnaden för hvarje sjuk dagligen 1 kr. 41 öre (medikamenter 13,6 öre, utspisning 49,5 öre), för hvarje under hela året upptagen sjuksäng 516 kr. 6 öre. — På barn- och barnsjukhusen vårdades 1,172 barn (särskildt på Stockholms allm. barnhus 471). Mortaliteten var 10 %. — På barnbördshusen vårdades 2,789. Af dessa voro 1,381 ogifta, 1,307 förstföderskor. Tvillingbörd förekom 46 gånger, trillingbörd 1 gång. Förlossningar efter konstens ingrepp voro 142. Puerperalfeber förekom hos 10 barnföderskor, hos 3 af dessa med dödlig utgång.

Brunns- och badanstalter hafva besökts af 14,984 patienter (Ronneby af 1,831).

Hälsotillståndet inom fängelserna uppgifves hafva varit »mycket godt». Skörbjugg har förekommit med 21 fall.

Besigtningar å beväringsmanskap. Af 34,210 21-årige ynglingar, som instält sig till mönstring, ansågos 19,88 % till krigstjänst oantaglige. Såsom kassationsorsaker uppgifvas: dvärgväxt och allmän svaghet hos 15,93 %, partiela missbildningar hos 13,17 %, fel på synen hos 7,80 %, döfhet hos 6,51 % o. s. v.

Befriade från gymnastiköfningarna vid de allmänna läroverken hafva af omkr. 15,000 närvarande lärjungar varit under höstterminen 1883 1,196, och under vårterminen 1884 1335.

Läkare funnos i riket 598 och i medeltal 1 på 7,766 invånare. Antalet provinsialläkare var 137. Stockholm hade 126 läkare (1 på 1,628 inv.). — Under året hafva 12 läkare afgått med döden, 30 nya tillkommit, af hvilka 16 utexaminerats från Karolinska institutet, 5 från Upsala och 9 från Lunds universitet.

Barnmorskeväsendet. Antalet barnmorskor var 2,389. Utexaminerade under året i allmän förlossningskonst 106, i instruments bruk 77. Af barnmorskor verkstäldes instrumentalförlossning i 582 fall (däraf i 14 med skarpa instrument). I 491 fall af dessa var barnet lefvande. Af de förlösta kvinnorna afledo 8.

Skyddskoppympningen. Antalet med framgång vakcinerade barn utgjorde 82 % af de under 1883 i riket lefvande födda barnen.

Rättsmedicinska undersökningar verkstäldes 452, af hvilka 418 å lik. Rörande själfmorden (79 medikolegala förrättningar) uppgifves, att 40 tillhörde man-, 39 kvinkön. Beträffande de förmodade, föranledande orsakerna har hafvande tillstånd i 24, sinnessjukdom i 12, kroppsliga sjukdomar i 7, ekonomiskt grubbel i 6, bränvinsmissbruk i 4 fall o. s. v. varit bevekelsegrund. I afseende på dödssättet ha 20 själfmord åstadkommits genom fosterfördrifvande medel, 19 genom förgiftning, 16 genom hängning och strypning, 13 genom dränkning, 6 genom skärande och stickande verktyg och 5 genom skjutvapen. Dödsfall genom annan persons vållande inträffade 59 gånger (47 män, 12 kvinnor). Af dessa omkommo 36 m. och 3 kv. genom våldsam misshandel, 7 m. och 4 kv. genom skottskador, 3 m. genom svält och vanvård, 3 kv. genom förgiftning, 1 m. genom kväfning, 1 kv. genom oskickligt förlossningsbiträde. Hastiga dödsfall genom olyckshändelse voro 62 (51 m., 11 kv.). Hastiga dödsfall af starka drycker voro 11, alla män. Barnamord voro 83, af hvilka 31 vållades genom våldsam kväfning, 24 genom bristande vård, 10 genom yttre skador, 6 genom dränkning, 3 genom förgiftning, 1 genom utläggande i köld och 8 antagligen genom handåverkan, ehuru dödssättet icke kunnat bestämmas. Af rättskemisten utförda undersökningar voro 85, däraf 65 å likdelar. Härvid träffades arsenik i 13 fall, cyankalium i 7, blåsyrehaltiga föreningar och karbolsyra i 6 fall hvardera, fosfor, opium och dess alkaloider, stryknin, kloroform, kloralhydrat, surt kromsyradt kali, svafvelsyra, salpetersyra och alkohol i 1 fall hvardera. Dessutom hade obducenterna genom undersökning å apoteket funnit arsenik 12 gånger i likdelar.

Apoteksinrättningarnas samfälda antal var 244 (däraf 166 med personela privilegier). Under året utexaminerades vid Farmaceutiska institutet 28 provisorer och apotekare.

Veterinärväsendet. Mjältbrand uppträdde inom 8 län och angrep 49 nötkreatur, 1 häst och 1 får. — Veterinärernas antal var 207; 13 utexaminerades under året. *E. Heyman.*

Fällesforskningen. Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1242.

E. Madsen har foretaget en forelöbig Opgörelse af Resultaterne af de indkomne Besvarelser af Fällesforskningens Spörgsmål angående Rakitis, Revmatisme, chorea, cancer og lithiasis. Af 774 omdelte Skemaer ere de 334 (omtr. 43 %) tilbagesendte besvarede. Efter disse at dömme vil en praktiserende Läge i Danmark kunne vänte årlig at träffe 2—3 Tilfälde af Rakitis, henved 2 Tilfälde af Stensygdom og noget over 2 Tilfälde af Kräft, af akut Revmatisme derimod over 5 Tilfälde om Året, men af chorea näppe 1 Tilfälde hvert andet År. — For 1929 Tilfälde af cancer er Nydannelsens Säde opgivet; dette har väret: Hoved og Hals 270 Tilfälde (deraf Mund, Läber, Tunge, Tandköd, Gane 112), Bryst og Brystorganer 271 Tilfälde (cancer mammæ 260), Underliv og Underlivsorganer 1357 Tilfälde (deraf cancer ventriculi 731, c. uteri 211, c. genitalium et cet. 47, c. hepatis 111 og c. recti 93). *Joh. Möller.*

H. T. Manicus: **Hygiejniske Notitser.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 579.

Spredte, fra den nyere hygiejniske Literatur hentede Meddelelser om Overbefolkning, slet Luft, Bade m. m. *Joh. Möller.*

L. I. Brandes: **Små populäre Arbejder.** Ny Räkke. I. Hverdagserfaringer. II. Om Oprettelsen af et Arbejder-Invalidefond ved Hjälp af en forhöjet Brändevinsafgift. Köbenhavn. 32 + 29 S.

I den förste Afhandling fremstiller Forf. de forskellige individuelle Årsager til Drikfäldighed, denne Lasts Fölger, navnlig for Afkommet, og Midlerne til at modarbejde den. Som et sådant Middel foreslår Forf. i den anden Afhandling en Forhöjelse af Brändevinsbrändingsafgiften fra 8½ til 20 Öre pr Pot Brändevin af 50 % Alkohol, hvorved vilde opnås en Indtägtsforögelse af 3—4 Mill. Kroner, hvilken han foreslår delt mellem et Arbejder-Invalidefond, der skulde oprettes til Understöttelse af uhelbredelige og alderdomssvage Arbejdere ved årlige Pensioner, og Kommunerne. *Joh. Möller.*

V. Uchermann: **Indberetning angående en med offentligt Stipendium i Sommeren 1886 foretaget Rejse til Danmark, Sverige, Tydskland og England for at studere Sanitetsväsenet i disse Landes Mariner.** Tilläg til Marinens Driftsberetning. 26 S.

Indeholder en Report angående Sanitetsväsenets Organisation i de nävnte Lande samt en Oversigt over Ordningen i den norske Marine og Udkast til en Omorganisation af samme.

Uchermann.

NÖKKENTVED: **Erindringer fra en Expedition i Indien.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 387, 414.

Forf. giver, til Dels på Grundlag af en fört Dagbog, fragmentariske Meddelelser om Forholdene i Atjen (Sumatra) under Krigen der for nogle År siden, i hvilken han deltog som Läge i hollandsk Tjäneste. Af särlig lägevidenskabelig Interesse ere hans Bemärkninger om Beri-Beri-Sygdommen, som han forefandt meget hyppigt hos de indfödte, og som navnlig udviklede sig som Fölge af stärk Overansträngelse. Forf. er närmest tilböjelig til at henregne den til Infektionssygdommene, men fremhäver for övrigt, at dens hele Ätiologi og Genese endnu er meget dunkel. De konstante förste Symptomer ere Träthed og Tyngde i Benene, Åndenöd og Hjärtebanken, det hyppigste Sektionsfund er Dilatation af Hjärtet med Fedtdegeneration af dets Muskulatur. Sygdommen har en fremträdende Tilböjelighed til at recidivere. En Stedforandring er i Reglen nödvendig for fuldständig Helbredelse. *Jul. Petersen.*

V. UCHERMANN: **Vore Dövstumme. IV.** Tidsskrift for praktisk Medicin 1886, S. 17.

Sidste Artikel angående Ämnet, de övrige er tidligere refereret i Nord. med. Arkiv, Bd 17, og indeholder Indberetning fra Dr UCHERMANN angående en af ham med offentligt Stipendium foretaget Rejse for at undersöge de dövstumme ved Instituterne udenfor Kristiania. Undersögelserne havde et 3-dobbelt Formål, nemlig: 1) at studere Dövstumhedens Årsager ved Hjälp af de på Instituterne forhåndenvärende Oplysninger; 2) ved en videnskabelig Undersögelse af Elevernes Ören at kontrollere disse Opgaver og notere den tilstedevärende Sygdomstilstand, Lyd- og Tonopfatning; 3) så vidt Tid og Omständigheder tillod det at foretage en Prövebehandling. Undersögelserne udförtes ved Hjälp af Klokke, Ur, Stemmegafler, Gaesons Pibe, Politzers Höremåler og Delstouches Luftpumpe. Af Resuméet hidsättes: Af 336 Börn opgaves som medfödt dövstumme 132 (35½ %), erhvervet dövstumme 204 (64½ %). Af de 132 var totalt döve 41 (31 %), med större eller mindre Lydhörelse, men uden Vokalhörelse, 46 (35 %), med delvis Vokalhörelse 21 (16 %), med fuld Vokalhörelse 24 (18 %). Af de 204 med erhvervet Dövstumhed er totalt döve 61 (30 %), med större eller mindre Lydhörelse, men uden Vokalhörelse 73 (omtrent 35½ %), med delvis Vokalhörelse 38 (18½ %), med fuld Vokalhörelse 33 (16 %). Af samtlige undersögte 336 Börn er altså totalt döve 102 (omtr. 30 %), med större eller mindre Lydhörelse, men uden Vokalhörelse 119 (omtr. 35⅓ %), med delvis Vokalhörelse 59 (17⅗ %), med fuld Vokalhörelse 57 (17 %). Af de 204 med erhvervet Dövstumhed er hos 182 den Alder opgivet, hvori Dövheden indtrådte. Deraf var den erhvervet:

under 2 Års Alder hos 75 (deraf Vokalhörelse 17, delvis Vokalhörelse 10, Lydhörelse 21, totalt döve 27);

over 2 Års Alder hos 107 (deraf Vokalhörelse 12, delvis Vokalhörelse 22, Lydhörelse 25, totalt döve 48);

under 3 Års Alder hos 115 (deraf Vokalhörelse 21, delvis Vokalhörelse 20, Lydhörelse 28, totalt döve 46);
over 3 Års Alder hos 67 (deraf Vokalhörelse 8, delvis Vokalhörelse 12, Lydhörelse 18, totalt döve 29).

Af de 57 med Vokalhörelse var igen normalt hörende: 1 (ved Hamars Institut), tunghörte 17, med delvis Ord og Sätningshörelse 11, med delvis Ordhörelse 19, med Hörelse af Vokaler og delvis Konsonanter (ikke Ord) 4, Vokaler alene 5. Af de 17 tunghörte hörer igen almindelig Stemme i flere Fod, Hvisken i 2 Fods Afstand: 1, almindelig Stemme i omtr. 2 Fod: 4, i omtr. 1 Fod: 4, i omtr. 6 Tommer: 3, i 4 Tommer: 1, lige ved Öret: 4.

For de 204 er videre Årsagerne opgivet således: »Hjärnefeber» (meningitis cerebrospinalis) (48) og Hjärnebetändelse (20) : 68, Skarlagensfeber 55, Mäslinger 7, Öresygdom 7, Nervefeber 5, Krampe 3, Engelsk Syge (?) 3, Trauma (ydre Vold) 3, Kighoste 3, »Feber» 2, Sygdom i Hovedet (Solstik?) 2, Lungebetändelse (?) 1, Vattersot i Hovedet (?) 1, Gigtfeber (?) 1, Tandsmerter (?) 1, ubekendt Sygdom 42.

Purulent Udflod fra 1 eller begge Ören fandtes hos 37, Voxpropper, der udfyldte Öregangen på den ene eller begge Sider, hos 28, Svulster i Trommehulen og Öregangen hos 8, fremmede Legemer i Öret hos 4, kronisk Katarr og adenoide Granulationer i Svälget hos 35 (kun medregnet dem, hvor der var större eller mindre Rest af Hörelse, hvor altså Tilstanden kan have praktisk Betydning), ozæna (stinkende Näse) hos 2, store Mandler hos 30, åben Gane hos 1 af samtlige Elever.

Ved Behandlingen bedredes Hörselen i 57 Tilfälde, deraf med Lydhörelse alene 13, med delvis Vokalhörelse 17, med fuld Vokalhörelse 27.

Af de 13 med Lydhörelse vinder ved Behandling 6 delvis Vokalhörelse, 1 hörer efter Behandling almindelige Ord og Sätninger i 6 Tommers Afstand.

Af de 17 med delvis Vokalhörelse vinder ved Behandling 6 fuld Vokalhörelse, deraf 1 tillige Hörsel for Ur 3 Tommer (för 0), 1 tillige alle Konsonanter, mange Sätninger og Ord (höj Stemme), *1 tillige nästen alle Konsonanter og Ur i 6 Tommer (för 0) samt Politzers Höremåler i 7 Alen (för 0).*

Af de 27 med Vokalhörelse hörer efter Behandling 2 enkelte Ord hvisket lige ved Öret, 2 korte Sätninger, 1 Ord i 2 Fod (för 1 Fod), 1 almindelige Sätninger i 2 Fod (för 1 Fod), 1 Hvisken i 2 Fod (för 6 Tommer), 1 Hvisken (»seks») lige ved Öret (för ikke), almindelige Tale i omtr. 1 Fods Afstand (för lige ved Öret), 1 Hvisken i 6 Tommer (för ikke), almindelig Tale i 2 Fods Afstand (för lige ved Öret), 1 Sätninger fremsagt med almindelig Stemme i 2 Fods Afstand (för ikke).

Det ene Tilfälde på Hamars Institut med normal Hörsel er et själdent, måske enestående, Exempel på *Stumhed* (afasi) uden Dövhed og uden påviselige organiske Forandringer i Tunge, Hjärne eller i

Nervebanerne. Gutten kom ind på Skolen i 9 Års Alderen (han er nu 14 År) og kunde ikke, uagtet hörende, sige andet end ja og nej. Efter Bestyrerens Opgivende har han gode Åvner. Efter 4 til 5 Års Undervisning sammen med de Dövstumme er der nu, bortseet fra en vis Träghed, når han skal fremkomme med Sätninger, der ikke netop er Svar, intet abnormt ved ham. Hans Tale er naturlig. Hans Trommehinder viser, at han har lidt af en Mellemöre-Katarr; rimeligvis har han altså väret döv i den Alder da Sproget lettest läres og Hjärnen er mest modtagelig for Indtryk. Senere er Katarren svundet af sig selv og Hörselen vendt tilbage, men en vis Träghed i Hjärnemolekylerne er bleven tilbage, som först har kunnet overvindes ved Tilhjälp af de andre Sanser.

Som de praktiske Foranstaltninger, hvortil denne Undersögelse bör lede, anförer Forfatteren: Tilvejebringelsen af en *Årsags*statistik og Ansättelsen af sagkyndige Läger ved Skolerne. Han fremhäver videre Nödvendigheden af, at Öresygdomme indgår som Undervisningssag i Lägernes Uddannelse, sideordnet med Öjensygdomme og ikke slået sammen med disse. *Uchermann.*

JOHAN WIDMARK: **Refraktionsundersökningar, utförda vid några skolor i Stockholm.** Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 24.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 18, n:r 28.

J. WIDMARK: **Undersökningar rörande refraktionsförhållanden hos skolungdom.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 225.

W. har på vanligt vis undersökt eleverna vid tre af de förnämsta flickskolorna i Stockholm och för jämförelsens skuld 2 motsvarande goss-skolor. Resultatet af dessa undersökningar är, att hos flickorna närsyntheten bland 7—9-åringar knapt förekommer, däremot hos gossarna vid samma ålder redan är beaktansvärd, för att i 7:de klassen stiga till 50 % med 3 dioptriers medelgrad. Hos flickorna ökas myopin så hastigt, att vid 16 års ålder är den lika vanlig och lika höggradig som hos gossarna. Sedan ökas den ännu mera, så att det högsta procenttalet 66,67 med 4,16 dioptrier förekommer i en flickskolas öfversta klass. Härtill bidrager dock visst ej ensamt skolarbetet. Äfven på fritimmarna anstränga sig flickorna mera än gossarna; handarbeten, såsom broderier o. d., fylla de förres lediga stunder, och de spela långt oftare piano.

Till följd af detta meddelande uppstod en diskussion om hvarjehanda moment, som kunna samverka till myopins skapande och förökning, hvari tänkvärda satser framställdes af hrr WAVRINSKY, SIGURD LOVÉN och ROSSANDER. *Rossander.*

E. SCHMIEGELOW: **Bidrag til Bedömmelsen af Öresygdommes Hyppighed blandt Skolebörn i Danmark.** Hospitals-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 1057.

Forf. har undersögt 581 Börn i en Alder fra 8 til 14 År. Af de 1162 undersögte Örer kunde 4, eller omtr. 0,34 % slet ikke höre

den hviskende Stemme, men kun Råben i Örets umiddelbare Närhed. End videre var der 15 Örer (11 hos Pigerne, 4 hos Drengene), altså 1,3 %, som i kun umiddelbar Närhed d. e. indenfor 10 Cm:s Afstand var i Stand til at opfatte den hviskende Stemme; kun 250 (129 Drenge, 121 Piger) hörte den i 6 Meters Afstand og derover.

Fremdeles viste det sig, at 12 Drenge (omtr. 4 %) og 23 Piger (omtr. 8 %) ikke kunde opfatte Stemmen i en Afstand ud over 1 Meter, hverken på det ene eller det andet Öre.

Cerumen blev truffet 70 Gange (Drenge 28, Piger 42).

Purulent Udflod, i Almindelighed af flere Års Varighed, fandtes i 28 Örer (17 Drenge, 14 Piger).

Sequelæ otitidis mediæ suppurativæ er opfört i 68 Tilfälde (32 Drenge, 36 Piger).

Kalkaflejringer i Trommehinden fandtes i 41 Örer (23 Drenge, 18 Piger).

Retraktion af Trommehinden forekom 227 Gange (151 Drenge, 76 Piger).

Da det er bekendt, at Sygdomme i Näsen og Svälget spille en stor ätiologisk Rolle for Öresygdomme, bleve alle Börnene rinoskoperede og Näsesvälgrummet digitalt exploreret. Resultatet var fölgende:

Rhinitis chronica blev observeret 80 Gange hos Drengene og 63 Gange hos Pigerne.

Pharyngitis chronica iagttoges i alt 138 Gange (83 Drenge, 55 Piger).

Hypertrofier af det adenoide Väv i Näsesvälgrummet fandtes hos 107 Börn (omtr. 18 %). *Schmiegelow.*

SIGFRID LEVY: **Om Skolens Betydning for Skoliosens Udvikling.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 419.

Forf. mener at kunne opstille 2 Grupper af ätiologiske Momenter ved den habituelle Skolioses Udvikling: for det förste en total organisk Liden, i det han anser Skoliosen for en Ernäringsanomali, for det andet visse mekaniske Potenser. Forf. kalde den förste Gruppe de indre, den anden de ydre Årsager til Skoliosen og antager, at, först når bägge disse Årsager ere tilstede, fremkommer Skoliosen. Fra Skolens Side må derfor tages Hensyn til både de ydre og de indre Årsager. For disse sidstes Vedkommende bör fordres store, stövfri Lokaler med tilsträkkeligt Lys og Luft; tillige må det åndelige og legemlige Arbejde fordeles på rette Måde, og Börnene må have daglig Gymnastik. De ydre Årsager fordre for Skolens Vedkommende, at Barnet ikke sidder for länge ad Gangen og, at Skolebordene ere konstruerede på hensigtsmässig Måde. *Edw. Ipsen.*

I. STANG: **Trykte Forholdsregler ved smitsomme Sygdomme.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 763.

Forf. meddeler en Räkke Forholdsregler, som han har ladet trykke og som han i flere År har uddelt i hvert Sygehjem, han har

besögt. De falder i 2 Afsnit, hvoraf det förste indprenter Anmeldelsespligt, når en Sygdom angriber *flere*, samt under Henvisning til forskellige i Norge gäldende Sundhedslove og — vedtägter udreder, hvilke smitsomme Sygdomme behandles for offentlig og hvilke for privat Regning. 2det Afsnit omhandler de Forholdsregler, der er at iagttage, når Sygdommens smitsomme Natur er konstateret; af sådanne anföres Afsondring (Isolation af den syge og hans Familie, Ophör med Skolegang o. a. l), Udluftning (af Sygeværelset og Folk som har opholdt sig der inde o. a.) og endelig Desinfektion (af Sygeværelser, Sygeplejere og besögende, af Udtömmelser, Spisestel o. a.).

Holst.

GIERSING: **Tilstanden i Colmar efter Bordellernes Ophävelse 1 Okt. 1881.** Ugeskr. for Läger, R. 4, Bd 14, S. 305.

V. BUDDE: **Nyere Oplysninger om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande med särligt Hensyn til dennes Virkninger i hygiejnisk Retning.** A. St., S. 311.

GIERSING meddeler nogle til Borgmesteren i Colmar Schlumberger stillede Spörgsmål samt Svarene på disse; heraf, navnlig af de meddelte statistiske data, drages den Slutning, at Utugtssygdomme ere blevne själdnere i nävnte By efter Bordellernes Ophävelse.

BUDDE bestrider de meddelte Oplysningers, särlig de anförte små Tals Beviskraft; men selv om der efter Ophävelsen af den kontrollerede Prostitution i Colmar var påvist nogen Nedgang i Antallet af veneriske Sygdomstilfälde i denne By, vilde det kun tale for, hvad B. allerede for 7 År siden har fremhävet, at mindre Byer, navnlig Indlandsbyer, kunne undväre et kontrolleret Prostitutionsväsen uden väsentlig Skade i hygiejnisk Henseende. At for de större Byers Vedkommende Erfaringerne stadig godtgöre Nödvendigheden af en avtoriseret og kontrolleret Prostitution, påviser B. ved at anföre forskellige Meddelelser fra de sidste År om Prostitutionsväsenets Ordning i forskellige Lande i större Byer og Resultaterne af denne Ordning i hygiejnisk Retning, således fra Köbenhavn (CARLSEN), Paris (Betänkningen fra Kommissionen til Undersögelse af Prostitutionsforholdene), Japan (PINI), England (flere Artikler i Lancet), Ofen-Pest (JÜRKINY), Breslau (STERN), Metz (ASVERUS), Strassburg (WOLFF) o. fl. a. St., hvilke Meddelelser alle vise, at en mangelfuld Ordning af den offentlige Prostitution stadig medförer en stärkere Udbredelse af den hemmelige, og dermed ikke blot af Usädelighed, men også af venerisk og syfilitisk Smitte i Befolkningen. *Joh. Möller.*

TRAUTNER: **Om Tyfusepidemier og Fällesmejerier.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 14, S. 353.

I Begyndelsen af Juni 1886 indtraf i 3 Sogne i det nordlige Fyn en Tyfusepidemi, der hurtig antog en meget alvorlig Karakter (109 syge med 17 döde) og utvivlsomt havde sin Oprindelse fra et Fällesmejeri, i det de 35 förste syge, der vare spredte rundt om i Byerne, alle på 1 när hörte til Huse og Gårde, der leverede söd Mälk

til Mejeriet og fik den centrifugerede Skummetmälk tilbage, og det oplystes, at det fornemmelig var de Personer, der mest havde med Mälken at bestille, som först bleve angrebne. I ingen af de Gårde, der ikke leverede Mälk til Mejeriet, optrådte Sygdommen; i 8 Huse, som heller ikke leverede Mälk, indtraf vel Tyfustilfälde; men i de fleste af disse Huse köbtes Mälk fra Mejeriet. Smitstoffet måtte antages enten at väre kommet til Mejeriet fra en Gård, der leverede Mälk til samme, og hvor efterhånden 4 Personer bleve syge af tyfoid Feber, eller at väre gemt fra det forrige År, da Mejeriet byggedes og 2 dermed beskäftigede Arbejdere bleve angrebne af denne Sygdom. Mejeriet og dets Omgivelser befandtes at frembyde usädvanlig gode Betingelser for et indfört Smitstofs Formering (mangelfulde Aflöb for Spildevandet og Grundens Gennemträngning af dette).

De gentagne Meddelelser, der i de senere År ere fremkomne fra forskellige Steder i Landet om Tyfusepidemiens Oprindelse fra Fällesmejerier, göre efter Forf:s Mening en Lov om Tilsyn med Opförelse og Drift af Fälles- og Andelsmejerier aldeles nödvendig. Denne Sag har i övrigt allerede i 1885 väret tagen under Overvejelse af det danske Sundhedskollegium (i Fölge dettes »Forhandlinger» i nävnte År) og er bleven gjort til Genstand for en Indstilling fra Kollegiet til Justitsministeriet. *Joh. Möller.*

E. ALMQVIST: **Om epidemiologiens metoder.** Eira, bd 10, s. 561.

Förf. vill belysa, huru de båda vägarna för epidemiernas studium — farsoternas iakttagande och sjukdomsorsakens utforskande — skola fullständiga hvarandra. — Från farsoternas iakttagande kan man komma till säkra slutsatser öfver sjukdomsorsakerna och deras egenskaper. Sjukdomsgiftet kan icke mycket utforskas allena utan först genom studier af de yttre förhållanden, som verka på giftets öfverförande, styrka och på människans mottaglighet. Härvid äro kemi, fysik, meteorologi, geografi m. m. epidemiologins hjälpvetenskaper. Men dessa hjälpvetenskaper måste begagnas med varsamhet, så att icke spekulation träder i stället för iakttagelse, såsom ofta skett. Vidare är af vigt att studera hvarje orsak för sig.

Från bakteriernas egenskaper kan man väl ock i viss mon sluta till farsoternas förhållanden. Dock måste därvid alla slutsatser alltid bekräftas genom studiet af sjukdomarnas framträdande i verkligheten, i fall de icke lätt skola blifva felslut. Därför är det af vigt att samla goda beskrifningar öfver sjukdomarnas framträdande och samla deras empiriska lagar. Förf. antyder, huru detta bäst skall kunna ske.

Epidemierna hafva hittils bearbetats med historiens och statistikens material genom analys ganska fullständigt från vissa synpunkter, t. ex. i deras förhållande till perioder, årstider, länder och orter samt till vissa sanitära och meteorologiska faktorer. Men andra sidor äro föga eller intet studerade, t. ex. sjukdomsgiftets förekomst och egenskaper. Att giftet kan vid olika tillfällen ha olika egenskaper antaga icke de herskande systemen, ehuru det är sannolikt. Transportmedlen äro ej häller noga undersökta.

Författaren afslutar uppsatsen med följande ord: »Epidemiologins slutsatser öfver bakteriernas egenskaper skall gifva bakteriologin de vigtigaste uppslag till nya iakttagelser, liksom också den senares slutsatser öfver epidemiernas egenskaper skall leda till iakttagelser öfver nya sidor af epidemierna. Bådas deduktiva slutsatser måste pröfvas af den andra vetenskapen genom direkt induktion, därvid de antingen visa sig ohållbara eller fastställas såsom sanningar. Bakteriologin skall lemna den slutliga förklaringen till företeelserna vid epidemierna.»

Berättelser från sjukvårdsanstalter: C. J. Rossander: Rapport för år 1885 från kongl. Serafimerlasarettet. — Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1885. — Hj. Schiötz: Beretning fra kirurg. Afd. B. — V. Steenberg: Beretning om S:t Hans Hospital for Sindssyge i 1885.

C. J. ROSSANDER: **Rapport för år 1885 från kongl. Serafimerlasarettet.** Stockholm, I. Marcus 1886.

Rapporten innefattar, såsom under alla föregående år, tabeller öfver de på lasarettet vårdade fall, så väl från den kirurgiska som den medicinska afdelningen (den senare upprättad af underläkaren, d:r T. Lamberg), men i denna har tillkommit en redogörelse för alt, hvad som på den kirurgiska afdelningen förekommit, jämte sjukdomshistorier in extenso eller i resumé. Därjämte äro här och där inströdda korta uppsatser öfver några kapitel inom kirurgins område, såsom öfver exentratio bulbi, starrextraktioner, lymfadenitis och lymfomer, operation för fria bråck, sectio alta, nekrotomi o. s. v.

Antalet vårdade sjukdomar utgjorde 1070. Det verkliga patientantalet var dock, som af den särskildt utgifna ekonomiska redogörelsen framgår, endast 1036. Af dessa hade aflidit 21, hvilket utgör en *mortalitet af omkring 2 %.* Denna låga procent härrör till en del däraf, att på lasarettet vårdas en ej obetydlig del med ögonsjuka, hvilka ej tynga på mortalitetsprocenten, men om äfven dessa frånräknas, 210 individer, blir dödlighetsprocenten för de öfriga 2,54, ett tal fullt jämförligt med det, som äfven på de bästa sjukhus uppnås.

Huru noggran den *antiseptiska behandlingen* å lasarettet är, bevisas bäst af det faktum, att under 1885 intet enda fall af hospitalsbrand, difteri eller erysipelas förekommit (ett fall af den sist nämnda inkom såsom sådant på lasarettet liksom ett fall af pyemi). Endast två patienter ha efter stora operationer aflidit till följd af septikemi. Alla de komminuta och komplicerade frakturerna (36) ha öfvergått till hälsa, likaså afslitningar af fingrar, hand och underben, med undantag af ett af den sist nämnda kategorien. Operationsstatistiken — enligt särskild lista, upprättad af d:r Schmidt — utvisar 12 dödsfall, såsom följd efter 941 på lasarettet utförda operationer. Från-

räknas de å polikliniken opererade 284 blir mortaliteten af de öfriga dock ej högre än 1,70 %.

Af *ögonoperationerna* äro 39 starrextraktioner, med 3 förluster, iridektomier 45, exentratio bulbi 7, enucleatio bulbi 21, strabismoperationer 21 o. s. v.

Tumörexstirpationer 185, däribland 12 angiomer; 8 lipomer, 30 större och 30 mindre lymfomer, 13 mammaexstirpationer — alltid med utrymning af axillen, 5 tungamputationer, 4 strumaexstirpationer, 2 rektalamputationer o. s. v.

Trakeotomi är gjord i 4 fall, torakotomi i 6, laparo- och gastrotomi i 3, herniotomi för inklämdt bråck är verkställd i 8 fall, samt radikaloperation för fritt bråck i 15. I ett af dessa fall följde dödlig utgång, dock ej till följd af peritonitis utan af en tillstött krupös pnevmoni. Detta fall är det enda, som någonsin timat på lasarettet efter en radikaloperation för bråck. Öfver hufvud ha efter hundratals sådana operationer i Sverge intet dödsfall blifvit anmäldt.

Urethrotomia interna är gjord i ett fall och den yttre i 2. Eljest göres på lasarettet långt oftare den inre uretrotomin, den yttre är reserverad för impermeabla strikturer och göres sålunda alltid utan ledare.

Stensnitt är utförd på 6 patienter, i 5 fall sectio alta — alla med framgång.

För hygromer äro verkstälda 32 operationer, däraf för h. præpatellare 20. I de allra flesta fall göres totalexstirpation.

Amputatio humeri är gjord i 2 fall, femoris i 8, antibrachii i 5 och anticruris i 10. Exartikulation af låret i 1 (hälsa), af handen i 1. Resektioner å höftleden äro utförda å 8 patienter och de å knät i 10. I synnerhet de förra ha lemnat ett klent resultat, endast i 3 fall har hälsa inträdt; men så ha också patienterna i allmänhet inkommit i det bedröfligaste skick. Knäledsresektionerna ha gått väl, utom i ett fall — oberoende af operationen.

Osteotomier äro verkstälda i 12 fall, sekvestrotomi i 23 o. s. v.

Å den medicinska afdelningen ha vårdats 971 sjuka. Af dessa ha aflidit 125, således en mycket hög mortalitetssiffra. Af dödsfallen komma 18 på lunginflammationerna (i alt 97 fall) samt 23 på tuberculosis pulmonum och kronisk pnevmoni.

Den kroniska nefriten har varit dödsorsak i 11 fall, cancer ventriculi i 14 o. s. v. *Rossander.*

Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1885. Köbenhavn 1886. 294 Sider.

I *Kommunehospitalet* fandtes ved Begyndelsen af Kalenderåret 1885 712 syge; i Årets Löb indkom 9005 syge; af samtlige 9717 syge udgik 8309 og döde 678, så at 730 väre tilbage ved Årets Udgang. Sygedagene for alle udskrevne og döde (Ind- og Udskrivningsdagene samt Dödsdagene medregnede) udgjorde 276870; Syge- og

Forplejningsdagenes Antal for alle i Året behandlede syge var 276145 og Middelbelägningen for hele Året 757 (det höjeste Antal syge 815, det laveste 672). — Af Hospitalssygdomme opstode i Hospitalets forskellige Afdelinger 20 Tilfälde af Rosen, intet Tilfälde af Pyämi eller Septikämi. Desuden indtraf der, sandsynligvis som Fölge af Smitte på Hospitalet: 7 Tilfälde af Mäslinger, 1 af Skarlagensfeber, 1 af diphtheritis og 1 af tyfoid Feber. — Af Krup indkom på de to kirurgiske Afdelinger 22 Tilfälde, af hvilke 13 endte med Döden. Trakeotomi foretoges på disse Afdelinger hos 23 syge (for störste Delen lidende af Krup); af de opererede döde 14.

På *Öresundshospitalet* henlå ved Årets Begyndelse 2 syge; i Årets Löb indkom 50, udgik 48 og döde 4. Sygedagenes Antal var 1104, Middelbelägningen for hele Året 3,02. Af de syge lede 21 af Kopper (dels fra Söen, dels fra et Par Husepidemier i Byen eller spredte), de övrige lede af forskellige andre Sygdomme eller vare indlagte til Observation.

På *Blegdamshospitalet* fandtes ved Årets Begyndelse 100 syge; i Årets Löb indkom 1056. Af samtlige 1156 syge udskreves 893 og döde 178; tilbage ved Årets Slutning vare således 85. Sygedagene for alle udskrevne og döde (Ind- og Udskrivningsdagene medregnede) udgjorde 27351, Syge- og Forplejningsdagene for alle i Året behandlede syge var 31359 og Middelbelägningen for hele Året 85,92 (störste Antal af syge 117, mindste 56). De syge lede af fölgende epidemiske Sygdomme: af Kopper 1, Mäslinger 107 (6 döde), Skarlagensfeber 330 (20 döde), diphtheritis 202 (30 döde), Krup 158 (93 döde), Rosen 205 (16 döde): til Observation og for andre Sygdomme eller af anden Grund indlagdes 68 (13 döde). — På Hospitalet opstode, sandsynligvis ved Smitte, 3 Tilfälde af Skarlagensfeber, 7 af Mäslinger, 3 af Kighoste og 3 af Rosen.

Af Köbenhavns Kommune opförtes i 1885 et nyt Hospital, »*Vestre Hospital*» kaldet, til Optagelse af den ene af »Almindeligt Hospitals» tidligere Servicer (for de til Prostitutionen henhörende Kvinder, der lide af veneriske Sygdomme). Det var ved Årets Udgang i alt väsentligt färdigt, så at det kunde tages i Brug det fölgende År.

Joh. Möller.

HJ. SCHIÖTZ: **Beretning fra kirurg. Afd. B.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1886, S. 701.

Fra 1ste Juli 1883 til 31te Avgust 1884 blev der på kirurg. Afd. B. behandlet 560 Patienter, hvoraf 279 var Öjenpatienter og 281 kirurgiske Patienter. 307 blev udskrevne helbredede, 11 döde og 48 var tilbageliggende.

For de 11 dödes vedkommende redegöres kortelig for Sygdom og Dödsårsag. Lidt närmere omtales en Erysipelasepidemi, der hjemsögte Afdelingen (10 til 12 Tilfälde). Af Herniotomier udförtes 4, samtlige med heldigt Resultat. Med Hensyn til Instrumenternes Desinfektion fremhäves Vigtigheden af at koge ikke blot de egentlige Instrumenter men også Suturnåle, Tråde, Dränrör, kort sagt alt, som tåler Kogning. Også Svampe tåler godt en kortvarigere Kogning.

Instrumenter af Hartkautschuk og Bougier renses ved Vadskning i stärke Sublimat- eller Karbolsyreoplösninger. *E. Poulsson.*

V. STEENBERG: **Beretning om S:t Hans Hospital for Sindssyge i 1885**

Indeholder de sädvanlige statistiske Oplysninger om Sindssygeanstaltens Belägning. I sine Bemärkninger klager Prof. S. over det Antal Pladser, som Patienter, der tilhöre Statsanstalterne, indtage. Han gör nogle Bemärkninger om Patienternes Besög i Hjemmet og Familiernes Besög hos Patienterne, som han fremmer og ofte ser Nytte af, fraregnet dog den förste akute Periode af Sygdommen. End videre sätter Forf. i nogle varme Ord sin Formand, D:r GÖRICKE, et smukt Eftermäle som en af de förste Sindssygeläger, der afskaffede Straffe mod de sindssyge og grundede sin Behandling på Mildhed og Overbärenhed. *Friedenreich.*

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiés au

Tome XIX, Nos 9 à 12.

No 9.

AXEL IVERSEN: **De la rupture de l'urèthre.**

L'auteur se fonde sur 29 cas dont l'historique est consigné dans les registres des hôpitaux de Copenhague, à savoir 17, de 1858 à 1880 inclusivement, à l'hôpital royal de Frédéric, et 12, de 1863 à 1880, à l'hôpital communal; — il passe en revue la pathologie, la symptomatologie et le traitement de la rupture récente de l'urèthre, et se range entièrement à l'opinion de CRAS, GUYON et TERRILON, à savoir que la rupture est le plus souvent partielle (à la paroi inférieure ou latérale), qu'elle a lieu très fréquemment à 1—3 centimètres en avant du ligament triangulaire de l'urèthre, que la partie membraneuse se rompt très rarement, et, en règle générale, secondairement, à la suite de lésions du bassin (fractures du bassin ou disjonctions de la symphyse du pubis). Il expose 1 cas bénin, 6 cas de la catégorie des cas douteux de MONOD, où, bien qu'il y eût enflement périnéal et uréthroragie, ainsi que des accidents urinaires, on ne constata pourtant pas de suppuration, mais bien plutôt un rétrécissement, et enfin, 16 cas sérieux, dont quelques-uns avaient été traités d'après les récentes expériences, et les autres d'après l'ancienne méthode (ponction de la vessie, quand le cathétérisme était impossible; incision du périnée, une fois le phlegmon survenu); il termine en relatant 6 cas de rupture de la partie membraneuse, dont un seul bénin, les autres mortels; l'autopsie permit de constater clairement, ou la rupture de la partie membraneuse causée par la fracture du bassin, ou la disjonction de la symphyse du pubis et la synchondrose sacro-iliaque. Dans la symptomatologie, il fait une distinction rigoureuse entre les deux formes de rupture de l'urèthre: 1°, celle qui a lieu dans la partie périnéo-bulbeuse à 1—3 centimètres en avant du ligament triangulaire de l'urèthre, et 2°, celle de la partie membraneuse.

Les symptômes de la première sont: 1° l'uréthroragie; 2° l'enflement du périnée, apparition primaire se manifestant dans la loge périneale inférieure; 3° l'émission difficile de l'urine, se manifestant, en général, sous la forme d'une rétention si souvent salutaire au malade, en ce qu'elle lui épargne cette funeste catastrophe (l'extravasion de l'urine) avant d'avoir été soumis à un traitement.

Dans la seconde forme, il ne se présente qu'exceptionnellement des uréthroragies; dans tous les cas, elles sont insignifiantes; pas d'enflement périnéal primaire, mais ce qui la caractérise surtout, c'est la rapide extravasion de l'urine favorisée par la rupture, qui paralyse les fonctions du sphincter externe de la vessie dans la partie membraneuse, de sorte que la vessie cède au moindre besoin d'uriner, et déverse son contenu dans la loge périnéale supérieure, où l'extravasion de l'urine, en s'étendant par les ligaments pubo-prostatiques, provoque une cellulite pelvienne qui se manifeste rapidement, suivie d'accidents septiques et accompagnée de symptômes péritonéaux, laquelle en quelques jours donne la mort, ou plus rarement, par un épanchement en avant du tissu conjonctif prostato-perinéal, amène un épanchement vers la cavité ischio-rectale, cas auquel la tumeur secondaire (un phlegmon) apparaît à côté de l'anus. Ainsi, quand après la lésion on ne sent pas de distension de la vessie, cette circonstance a, dans ce cas, une importance très sérieuse.

M. Iversen recommande dans le traitement d'examiner soigneusement la perméabilité de l'urèthre au moyen d'un explorateur à boule olivaire avant de tenter le cathétérisme (opération pour laquelle, malheureusement, on se sert souvent d'une sonde d'argent). Ce n'est que dans les cas peu sérieux qu'on peut éviter l'opération, mais on peut se contenter de traiter le malade, soit au moyen d'une sonde à demeure, soit par un cathétérisme périodique si l'on a un assistant scrupuleux; il faut pourtant, dans ces cas, bien surveiller le périnée et, à la moindre enflure, pratiquer l'incision. On est très souvent obligé, dans les cas sérieux de la première des formes précitées de rupture, de pratiquer l'uréthrotomie externe d'emblée, pour explorer l'extrémité postérieure de l'urèthre, et d'avoir soin, dans les cas de rupture complète, de passer une sonde molle dans toute la longueur de l'urèthre (de préférence une sonde ouverte aux deux bouts). L'auteur donne des règles détaillées sur l'introduction de la sonde et sur la durée du séjour qu'elle doit faire, lequel, en général, peut se borner à 8 ou 10 jours, surtout quand la rupture n'a été que partielle; il est d'opinion qu'elle ne doit rester à demeure que jusqu'à ce que les granulations aient formé barrière à l'urèthre; dans le traitement subséquent, pour obtenir dans les granulations l'atrophie inflammatoire de Voillemier, il se sert des bougies métalliques de Guyon, introduites sur une bougie conductrice qui peut facilement être introduite elle-même par la sonde à tunnel, et rester à demeure les premiers jours après que cette dernière a été retirée. Si la rupture est totale et l'exploration de l'extrémité postérieure impossible, il recommande la taille hypogastrique avec le cathétérisme subséquent de Brainard

pour atteindre le but qu'on a en vue, savoir l'introduction d'une sonde à demeure dans toute la longueur de l'urèthre.

Dans le traitement de ruptures de la partie membraneuse, il faut en général faire une taille hypogastrique afin de pouvoir, au moyen du cathétérisme Brainard, introduire une sonde directrice dans toute la longueur de l'urèthre, après quoi l'on pratiquera une section médiane ou plutôt une section bilatérale, de manière à ouvrir autant que possible la loge périnéale supérieure. Dans ce cas, il faut encore qu'une sonde à demeure soit introduite immédiatement, outre le drainage nécessaire, et à cet effet il recommande spécialement le gaz iodoformique.

En terminant, M. Iversen fait remarquer la prompte apparition du rétrécissement cicatriciel, qui déjà quelques semaines après la lésion peut réclamer un traitement.

No 10.

A. WIDE: **Pressions sur les nerfs.**

Ce moyen thérapeutique est très peu mentionné dans la littérature médicale; mais, à partir de P. H. Ling, les gymnastes médicaux suédois l'ont fréquemment employé, surtout dans des maladies constitutionnelles, plus rarement dans des maladies locales. Dans la plupart des cas, il a été combiné avec d'autres mouvements ou manipulations de gymnastique médicale. L'auteur a obtenu d'heureux résultats dans des cas où d'autres méthodes de traitement avaient été essayées en vain.

1°. *Tremblement des muscles pronateurs et supinateurs des avant-bras* chez une femme de 20 ans. Le bras et la main faisaient environ 200 oscillations par minute. Pressions appliquées sur le nerf radial et le nerf médian à peu près par le milieu de l'humérus, d'abord à l'aide des doigts, puis avec un tourniquet à vis, qui, les premiers jours, est resté 2 à 4 heures, et vers la fin du traitement, 8 à 10 heures par jour. Le tremblement a complètement cessé au bout de 11 jours de traitement. La malade fut traitée en 1884, et à la fin de 1886 elle continuait à se bien porter.

2°. *Crampe dans la région du nerf accessoire* de droite, chez un homme de 21 ans. La tête se tournait à gauche avec forte traction en arrière, de sorte que le malade était souvent forcé de la tenir fixe, en la saisissant des deux mains, pour prévenir les accès de suffocation. — En exerçant, à l'aide des doigts, une pression forte et continue sur le nerf à son entrée dans le muscle cucullaire, l'auteur a toujours réussi à apaiser la crampe, et souvent les accès ont tardé à revenir. Plus tard, une courroie a été appliquée en forme de *8*, de façon à embrasser les épaules et à exercer une certaine pression sur le nerf. Pendant l'année où l'auteur a observé ce cas, cette courroie a rendu un si bon service, que le malade a pu respirer librement, même sans se servir de ses mains. Ce malade fut traité en 1885.

3°. *Parésie et atrophie de l'avant-bras* droit, causées par une luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, survenue

en 1884. — L'électrisation, le massage et la gymnastique médicale avaient été essayés, tant séparément qu'ensemble, sans amélioration; mais après que l'auteur eut commencé, vers la fin de 1886, a appliquer des pressions sur le nerf radial, la guérison avança rapidement. On constata la réaction de dégénérescence dans ce nerf et dans les muscles qu'il anime, mais après quelques pressions à la fois rapides et douces, l'auteur obtint une prompte contraction des extenseurs.

Les pressions s'emploient sur la plupart des nerfs périphériques, aussi bien de la tête que du tronc et des extrémités, très souvent aussi au nerf sympathique, tant sur les ganglions cervicaux que sur le plexus céliaque et les plexus hypogastriques inférieurs. La pression sur le plexus céliaque est considérée par les gymnastes médicaux comme jouant un rôle important dans le traitement des maladies de l'estomac. Dans quelques cas d'ataxie locomotrice, l'auteur a obtenu un bon résultat en faisant usage de la pression sur les nerfs. Il y a lieu de faire observer spécialement que, dans un de ces cas, un grave symptôme, savoir la difficulté d'uriner, a toujours disparu après la pression sur les plexus hypogastriques inférieurs. L'auteur espère que lorsqu'on connaîtra parfaitement les effets de la pression sur les nerfs, on y trouvera l'une des meilleures ressources de la gymnastique médicale.

N° 11.

A. KEY-ÅBERG: **Contributions à la connaissance de l'importance de l'Endarteritis chronica deformans comme cause de mort subite.**

Sera continué.

N° 12.

H. KRABBE: **300 cas de Cestoïdes chez l'homme, observés en Danemark.**

En 1880, j'ai rendu compte de 200 cas de Cestoïdes chez l'homme, traités en Danemark, et que j'avais pu examiner jusqu'alors. Depuis ce temps j'ai eu l'occasion d'en observer une nouvelle série de 100.

De ces 300 cas, plus de la moitié provenaient de Copenhague, et parmi les derniers 100 cas il y en avait 81 de cette ville.

Quand le sexe des malades était indiqué, les différentes espèces de vers en question se sont réparties comme suit:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Hommes	59	17	6	3
Femmes	124	57	2	22

Suivant l'âge, la répartition devient la suivante:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Malades de moins de 1 an	—	—	9	—
» 1 à 10 ans	11	7	—	—
» 10 » 20 »	14	5	—	—

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Malades de 20 à 30 ans	79	15	—	10
» 30 » 40 »	35	15	—	6
» 40 » 50 »	20	4	—	5
» 50 » 60 »	15	2	—	—
» 60 » 70 »	4	—	—	2

La diminution de fréquence de T. solium relativement à T. saginata, observée pendant la période de 1869—80, se manifeste à un plus haut degré encore après 1880. Il n'y a pas de doute que T. solium ne soit devenu plus rare qu'autrefois, tandis qu'il est moins sûr que T. saginata soit devenu plus fréquent. Le nombre des cas que j'ai examinés, a été:

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
avant 1869..................	37	53	1	9
de 1869 à 1880	67	19	4	11 [1])
» 1880 » 1887	86	5	4	5

Le nombre des vers qui s'est trouvé chez chaque malade, a été pour

T. saginata, dans 190 cas, un seul individu;
» solium, » 77 » 13 fois plus d'un individu (jusqu'à 10);
» cucumerina, » 9 » 3 » 2 exemplaires;
Bothr. latus, » 25 » 5 » individus multiples (jusqu'à 14).

Le remède appliqué le plus souvent (63 fois), et avec bon effet, contre les derniers 100 cas, a été Extr. æth. fil. mar. gm 10, suivi d'un laxatif de Calomel, et Rad. Jalappae āā cgm 50.

[1]) Chez un malade, on a constaté la coexistence de T. solium et de Bothr. latus.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Bidrag till kännedomen om betydelsen af endarteritis chronica deformans såsom orsak till plötslig död

af

Med. lic. ALGOT KEY-ÅBERG
i Stockholm.

(Forts. fr. n:r 11 sid. 53.)

III.

I det föregående har jag, på tal om de lokalisationer för den kroniska endarteriten, till hvilka hjärtparalysin företrädesvis synes vara bunden, omnämnt, att jag på 33 sektioner, vid hvilka alla det antagandet synts berättigadt, att döden orsakats genom hjärtparalysi på grund af arterioskleros, 22 gånger med skäl trott mig kunna sätta denna paralysi i samband med förändringar af nämnda slag i hjärtats kransarterer eller vid dessas mynningar i aorta.

Detta förhållande, ställdt vid sidan däraf, att såsom likaledes i det föregående blifvit visadt, den i allmänhet på arteriosklerotisk grund hvilande hjärtförlamningen lemnar ett, till ungefär 53 % uppgående bidrag till samtliga plötsliga dödsfall efter det 14:de lefnadsåret, hänvisar i och för sig, och oafsedt att den enkla paralysin af hjärtat icke är den enda form, hvarunder den till nyss nämnda områden lokaliserade arteriosklerosen kan blifva en orsak till plötslig död, åt denna arterioskleros en högst betydelsefull ställning inom den mänskliga patologien och synes, efter ofvan anförda siffror att döma, i min statistik tilldela den därpå beroende hjärtförlamningen det främsta rummet bland alla naturliga orsaker till plötslig död hos vuxna personer.

Under sådana omständigheter, och då denna dödsorsak i många fall onekligen saknar mycket af den påtaglighet, som

[1]) Lebert a. s. sid. 11.
[2]) Duchek a. s. sid. 229.
[3]) Curci. Sull'ateromasia delle arterie in rapporto specialmente alle sue cause e ai suoi effetti. Lo Sperimentale, april 1876, sid. 377.

vid obduktionen tillkommer de flesta andra, ja alla de i det föregående skärskådade, naturliga orsakerna till plötslig död, måste det vara en särskild plikt för den, hvilken i egenskap af rättsläkare när som hälst kan få till sitt afgörande hänskjuten frågan, om huruvida ett plötsligt inträffadt dödsfall varit af naturlig art eller icke, eller affordras utlåtande om en plötsligt afliden persons individuela kroppsbeskaffenhet, hvilken det i ett gifvet fall kan vara af största vigt att rätt bedöma, att i vidsträcktast möjliga mon göra kännedomen om betydelsen af den i fråga varande processen och de förhållanden, under hvilka den samma enligt erfarenheten visat sig vara i stånd att framkalla ett plötsligt slut genom hjärtparalysi, till sin egendom. Det är för att i någon mon bidraga till kunskapen om dessa förhållanden, som jag här kommer att meddela en del af de beskrifningar, jag gjorde till största delen af de fall af plötslig död genom *hjärtparalysi på grund af sklerotiska förändringar i hjärtats kransarterer och vid deras mynningar i aorta*, hvilka jag hade tillfälle att å rättsmedicinska institutionen i Wien vid och efter obduktionstillfällena undersöka.[1])

Literaturen kan emellertid icke sägas vara fattig på meddelanden om fall, uti hvilka döden, vanligen helt plötsligt, af nyss nämnda orsak inträdt.

Sålunda finna vi, hvad särskildt vår svenska literatur beträffar, några vackra och väl beskrifna observationer offentliggjorda i Hygiea af AXEL KEY[2]), BLIX[3]), WALLIS[4]) och WISING[5]). Och inom den utländska literaturen, hvaraf den engelska synes vara relatifť rik, träffa vi en mängd goda iakttagelser, delgifna af HJELT[6]), HOLSTI[7]), RUNEBERG[8]), DICKINSON[9]), GREENFIELD[10]), PAYNE[11]), TURNER[12]), SPENCER WATSON[13]), WILKES[14]), WAD-

---

[1]) Bland dessa fall har jag äfven upptagit ett intressant sådant, hvilket jag denna vinter obducerat å rättsmedicinska institutionen i Stockholm.
[2]) AXEL KEY. Svenska läkaresällsk. förhandl., Hygiea, dec. 1870, okt. 1876.
[3]) BLIX. » » » » april 1872.
[4]) WALLIS. » » » » maj 1876, mars—april 1884.
[5]) WISING. » » » » juli 1878.
[6]) HJELT. Finska läkaresällsk. handlingar, bd. 22, 1880.
[7]) HOLSTI. » » » bd. 24, 1882.
[8]) RUNEBERG. » » » bd. 24, 1882.
[9]) DICKINSON. Transactions of the pathol. Society of London, vol. 17, s. 53, 1866.
[10]) GREENFIELD. » » » » » » » vol. 26, s. 55, 1875.
[11]) PAYNE. British Medical Journal, 5 Febr., fall 2, 1870.
[12]) TURNER. Transactions of the pathol. Society of London, vol. 35, s. 108, 1884.
[13]) SPENCER WATSON. » » » » » » » vol. 19, s. 170, 1868.
[14]) WILKES. » » » » » » » vol. 23, s. 57, 1872.

HAM[15]), HUBER[16]), SAMUELSON[17]), ROUSSY[18]), TOUTAIN[19]), PELVET[20]), DEHIO[21]) m. fl.

Redan studiet af den nu anförda kasuistiken lemnar onekligen en ganska fullständig bild af de växlande former, hvarunder den arteriosklerotiska processen på de områden, hvarom här är fråga, öfver hufvud taget uppträder, och under hvilka den samma visar sig egnad att framkalla en mer eller mindre plötsligt inträdande förlamning af hjärtat.

Likaledes torde den samma kunna sägas utgöra en rätt vacker profkarta på de för blotta ögat iakttagbara förändringar inom själfva hjärtat, hvilka, såsom särskildt WEIGERT[8]), ZIEGLER[9]) och HUBER[10]) hafva visat, äro att betrakta såsom uttryck för en vid kransartersklerosen af en eller annan närmare anledning ofta uppträdande anemisk nekros eller koagulationsnekros och dess följder.

De fall, jag nedan går att publicera, torde icke häller komma att, med hänsyn vare sig till själfva kärlsjukdomens uppträdande eller de ofvan antydda förändringarna i muskulaturen erbjuda

---

[1]) WADHAM. Lancet, tome 2, s. 539, 1868.

[2]) HUBER. Ueber den Einfluss der Kransarterienerkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis. Virchows Archiv, bd. 89, s. 237 och följande, 1882.

[3]) SAMUELSON. Zeitschrift f. klinische Medicin, t. 2, 1880. Hos ROUSSY.

[4]) ROUSSY. Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie le l'angor pectoris. Thèse de Paris, s. 16, 1881.

[5]) TOUTAIN. De quelques lésions des artères coronaires. Thèse de Paris, s. 16 och följande, 1878.

[6]) PELVET. Des anevrysmes du cœur. Thèse de Paris, s. 107, 1867.

[7]) DEHIO, hos SAMUELSSON. Virchows Archiv, bd. 86, s. 542, 1881.

[8]) WEIGERT. Ueber die pathologischen Gerinnungsvorgänge. Virchows Archiv, bd. 79, s. 106—107, 1880.

[9]) ZIEGLER. Die Ursachen der Nierenschrumfung. Deutsches Archiv für klinische Medic n, bd. 25, s. 589, 1880. Virchows Archiv, bd. 90, s. 211, 1882 och Lehrbuch der allgem. und spec. Pathol. Anatomie, 1885.

[10]) HUBER, a. s.
Då HUBER i sitt förut anförda arbete (s. 236) påstår, att WEIGERT skulle varit den förste, som insett kausalsambandet mellan kransartersklerosen och de såsom myomalaci af ZIEGLER betecknade förändringarna i hjärtköttet, torde detta väl närmast vara att tillskrifva en väl långt drifven pietet för läraren ZIEGLER påpekar nämligen med full rätt, att redan QUAIN (1851) framhållit detta samband och betonat den sist nämnda processens likställighet med hjärnramollitionen. Det torde emellertid icke böra förgätas, att HODGSON (1814) och i viss mon redan JENNER och PARRY (1799) voro bekanta med det förhållandet, att betydande kalkaflagringar i kransartererna gärna åtföljas af degeneration och atrofi af hjärtats muskulatur (jmfr JOSEPH HODGSON. Von den Krankheiten der Arterien und Venen mit besonderer Rücksicht auf Entwicklung und Behandlung der Anevrysmen o. s. v., herausgeg. von A. KOBERWEIN 1817 s. 61 och följande, samt PARRY, C. H. Untersuchung der Symptome und Ursachen der Syncope anginosa, gewöhnlich angina pectoris genannt, aus den Engl. von FRIESE. 1801.

någonting synnerligen anmärkningsvärdt, utan göra de i dessa hänseenden endast anspråk på att utgöra tämligen fullständiga, och i allmänhet instruktiva bidrag till den befintliga kasuistiken på detta område.

Det har också varit åt ett, något vid sidan af nu senast nämnda frågor, liggande område, åt hvilket jag vid mina undersökningar af dessa och flere andra med dessa jämnbördiga fall i första rummet haft min uppmärksamhet riktad, och hvilket jag sökt att något närmare kunna belysa. — Då det nämligen, genom hvad erfarenheten från obduktionsbordet ger vid handen, icke gärna vara något tvifvel om, att till och med ganska utbredda hjärtinfarkter åtminstone på de flesta områden af organet kunna, och där dettas nutritionsförhållanden för öfrigt så tillåta, sannolikt i regel också förlöpa utan omedelbar fara för lifvet, och då likaledes erfarenheten från obduktioner, vid hvilka svålbildningar i hjärtat anträffas såsom alldeles tillfälliga fynd, visar, att äfven ganska betydliga sådana *kunna* vara utan märkbart inflytande på hjärtats funktionsförmåga, samt då å andra sidan icke så alldeles sällan förekomma fall, uti hvilka man, såsom till exempel vid en synnerligen höggradig, dubbelsidig förträngning af kransarterernas mynningar, tycker sig hafva alt skäl för att såsom orsak till en föreliggande hjärtförlamning antaga en till dessa arterer, eller såsom i det anförda exemplet deras mynningar, mer eller mindre lokaliserad arterioskleros, och uti hvilka dock alla makroskopiska tecken af en färsk eller aflupen anemisk nekros saknas, måste det naturligen vara af det största intresse, och mer än i ett hänseende af väsentlig vigt, att lära känna, huruvida den från synbara nekrotiska och med dem i samband stående förändringar fria muskulaturen af sådana, plötsligt förlamade hjärtan i regel plägar förete någon sådan, af sklerosen mer eller mindre direkt beroende strukturförändring, om hvilken man af erfarenhet vet, att den samma i och för sig ofta utgör en tillräcklig orsak till hjärtparalysi, och att, om så åter i ett större eller mindre antal fall icke skulle vara förhållandet, genom upprepade iakttagelser söka erhålla en inblick i de vilkor, under hvilka den i fråga varande arteriosklerosen i dessa fall synes kunna åstadkomma en plötslig hjärtförlamning.

Det är åt dessa sist nämnda frågor, och i synnerhet åt betydelsen i på tal varande fall af *fettdegenerationen* i hjärtat, som jag genom en serie af noggranna mikroskopiska undersök-

ningar af muskelpreparat, hemtade från olika delar af detta organ, har skänkt min särskilda uppmärksamhet.

I den i literaturen bevarade kasuistiken synes den mikroskopiska undersökningen af hjärtat i flere fall icke blifvit gjord. I en del af dessa angifvas emellertid sådana bestämningar, särskildt med hänsyn till muskulaturens färg, att man af dem åtminstone med större eller mindre grad af sannolikhet torde kunna sluta till förekomsten af en mer eller mindre utbredd fettdegeneration. Tillvaron af en sådan degeneration, om också icke sällan af mycket lindrig beskaffenhet (Greenfield, Wadham, Wilkes, Dickinson), har dock i många fall äfven blifvit genom mikroskopet ådagalagd, under det att emellertid beskrifningen därom i flertalet fall lemnar ovisshet om, huruvida någon noggrannare undersökning angående *utbredningen* af denna förändring i muskulaturen egt rum. Endast relatift mycket sällan (Blix, Samuelson, Watson) möter slutligen den uppgiften, att muskulaturen icke företett i fråga varande förändring.

Jag öfvergår så till meddelandet af mina egna iakttagelser och gör början med de fall, uti hvilka arteriosklerosen vid kransarterernas mynningar i aorta träder i förgrunden.

Fall I.

J. D. Portier, 50 år. Wien. Synbarligen fullt frisk och under utöfningen af sin tjänst, störtade han vid en hastig framåtböjning död till golfvet. Obducerad 1 dygn efter döden. Stor, starkt bygd, med rikligt fettpolster.

Aorta: Hela ascendens och arcus såväl som descendens, den senare i nedåt något aftagande grad, äro i väggen starkt rigida och förtjockade. Insidan af aorta bildar en af låga, oregelbundna, i hvarandra flytande prominenser, ojämn yta, som knappast på någon punkt har vanlig färg, utan företer en marmorering i gult, krithvitt och gelatinöst grårödt. På talrika ställen är denna yta ulcererad af små substansförluster. Dessa befinna sig i allmänhet på ställen, där väfnaden är synnerligen lös och mörjig, så att man med största lätthet här kan förstora såren både på djupet och i ytutbredningen. Flerestädes också kalkskållor, dock i allmänhet små. Vid bifurkationen upphöra dessa förändringar. Aortas omkrets: ostium 8,5 cm, midten af ascendens 9,5, vid ligamentum arteriosum 6,5, utan därpå följande utvidgning, bröstaorta jämnbred mäter 6,5, strax ofvan coeliaca 6, vid bifurkationen 4 cm.

Andra arterer: Anonyma starkt utvidgad med samma förändringar som i arcus; de öfriga stora, från den senare utgående stammarna i mynningarna något förträngda och därefter i lindrig grad ojämna och fläckiga. Mynningarna till de båda art. vertebrales starkt förträngda. Hjärnans basalarterer och flere deras finare grenar fläckigt gulhvita, förtjoc-

kade och motsvarande något rigida. Njurarnas och mjältens arterer utan märkbara förändringar, likaså extremiteternas arterer, såväl stora som små. *Mynningen* af hjärtats *högra kransarter* är förträngd till ungefär hälften af dess vanliga omfång och omgifven af en broskhård, späckigt utseende, vall. *Mynningen* af *den vänstra kransarteren* åter synes ej till och är, såsom injektionsförsök bekräfta, *fullt oblitererad.* Först genom undersökning från kransarteren öfvertygar man sig om, hvar mynningen förefunnits, och att den nu är afstängd af en något späckigt utseende, gråhvit membran af stor resistens. På ett litet ställe, stort som om det stuckits med en synålsspets, finnes invid denna membran en liten gropig insänkning, möjligen motsvarande det sist oblitererade stället. I omgifningen af denna membran är aortaväggen starkt gulfläckig med några smärre ateromatösa sår.

Högra kransarteren vidgar sig på andra sidan af mynningen hastigt till en vidd af 11 mm., afger strax i början en tämligen stark gren, som löper ned på framsidan af hjärtat, parallelt med septum, förlöper därpå i kransfåran såsom en stark stam och afger till bakre längsfåran en 6 mm. vid gren, hvilken, under afgifvande i sin början af ett par rätt betydande grenar till septum och vidare till angränsande del af vänstra kammaren, ett par cm. ofvan spetsen upplöser sig i flere smågrenar, hvilka å sin sida omedelbart stöta intill det skönjbara slutliga förgreningsområdet för den vänstra kransarterens vertikala gren, utan att dock några direkta kommunikationsgrenar mellan de båda artererna kunna upp-prepareras. På andra sidan bakre längsfåran fortsätter arteren i kransfåran, afger där vidare en 5 mm. vid gren till bakre väggen af vänstra kammaren, hvilken gren något bakom vänstra randen af hjärtat löper ned till i närheten af spetsen, där den förgrenar sig i samma område som en stor gren från den horisontala delen af vänstra arteren. Den numera smala fortsättningen af arteren i kransfåran lemnar snart denna och löper i en stor båge, något under ändstammen af den vänstra arterens horisontala gren, ned på framsidan af vänstra kammaren. Den härvarande fettväfnaden är starkt smågrenigt injicierad. Injektionsförsök från den ena eller den andra af dessa grenar visar öfvergång af vätska från den ena till den andra. Under hela sitt förlopp är den högra kransarteren så när som på ett par små, gula, mjuka fläckar invid mynningen fullt oförändrad.

Den vänstra kransarteren är närmast ostiet starkt förträngd och hård i väggen, därefter i hela sin utbredning nästan oförändrad. Ett par små, mjuka, gulhvita fläckar i vertikala grenen strax ofvan dess första ramifikation samt en sådan i början af den horisontala grenen förekomma dock. Arterens grenar hafva vanligt förlopp, ehuru liten utbredning. Den vertikala grenen svänger om spetsen upp på baksidan af hjärtat i bakre längsfåran, men är här mycket smal och slutar strax ofvan spetsen i ändgrenar; den horisontala slutar, efter att hafva afgifvit stora grenar åt vänstra kammaren, i höjd med bakre längsfåran. I båda dessa grenar fans, oaktadt den fullt konstaterade obliterationen af ostiet, en liten kvantitet mörkt tunnflytande blod.

Hjärtat. Starkt fettbelagdt, något slapt, i båda halfvorna riklig mängd dels mörkt, tunnflytande, dels löst koagulerad blod. Hjärtat mäter

i bredd öfver basen i kransfåran 10,5 cm; afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 9 och 9 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra hjärtkammaren. Högra kammaren har obetydligt ökad rymd, muskulaturen i väggen intill trabeklerna mäter i randen 6—5—4 mm., utmed septum 5—5—4 mm. Trabekler och papillarmuskler påfallande gröfre än vanligt. Vänstra förmaket dilateradt. Vänstra kammaren mycket starkt dilaterad, särskildt mot spetsen. Muskulaturen intill trabeklerna mäter på ett invid septum och parallelt därmed lagdt snitt, på gränsen mellan öfre och mellersta och mellersta och nedre tredjedelen respektive 10 och 9 mm., på ett genom randen fördt snitt på motsvariga ställen 10 och 10 mm. I bakre väggen är muskulaturen knappast tjockare. Genom endokardiet skimrar på ett stort område, som strax skall beskrifvas, en dels senigt hvit dels ljusgul färg, utan att det samma mer än på ett par trabekler, å de mediala samt obetydligt å de laterala papillarmusklerna, i verkligheten är förtjockadt. Aortavalvlerna äro endast i de basala partien obetydligt förtjockade, utan skrumpning. Aortafliken af mitralis likaledes något förtjockad med ett par stora, mjuka, gulaktiga fläckar. Chordæ tendineæ af vanligt utseende, aorta- och förmakskammarostierna utan anmärkning. Arteria pulmonalis och högra hjärtats valvler friska.

Muskulaturen är i högra kammaren upptill synnerligen starkt, men äfven nedemot spetsen ej obetydligt genomdragen af gula fettstrimmor, hvilka på flere ställen sträcka sig in till trabeklerna. I *vänstra* kammaren träffas följande stora förändringar. Icke allenast hela främre kammarväggen, utan äfven spetsens baksida och den del af septum, som, tämligen noga bestämdt, är belägen nedom en linie, dragen uppifrån och framifrån nedåt och bakåt från en punkt ungefär 2 cm. nedom aortavalvelns insertionslinie till spetsens bakre del, är i den centrala, mot kammarens lumen belägna delen tätt genomdragen af talrika, gråhvita, fasta och sega, bredare och smalare bindväfsstråk, som här och hvar bilda små, rundade, *svåliga härdar.* Flere trabekler å detta område, såväl som de laterala papillarmusklerna äro till stor del senigt omvandlade. Åt vänster öfverskrida förändringarna något vänstra hjärtranden, hvilken de för öfrigt tämligen parallelt följa. De nu beskrifna svåliga stråken gå endast ytterst sällan ända in till endokardiet, utan äro nästan öfveralt skilda därifrån af ett, om ock tunt lager muskelsubstans och å septum dessutom på ett par ställen af tunna lager af subendokardialt fett. Tjockleken af det svåliga lagret varierar för öfrigt rätt betydligt men öfverskrider dock, oberäknadt ett och annat stråk, som sträcker sig långt ut i väggen, i allmänhet icke en tjocklek af 5 mm. De mediala papillarmusklerna äro endast i topparna något indurerade. Muskulaturen är i de af svåliga förändringar oberörda områdena af en något smutsig, grårödbrun färg.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen. I *högra* kammaren förekommer öfveralt, där någon betydligare fettinfiltration är rådande, en synnerligen *finkornig fettdegeneration* af muskeltrådarna, men på andra ställen och i trabekler och papillarmuskler icke, utan äro här förändringarna de samma som i hufvudmassan af *vänstra* kammarens

muskulatur. Denna visar i långt ifrån alla, men en del trådar af de muskellager, som äro belägna innanför och emellan de svåliga härdarna och stråken, samt i omgifningen af de subendokardiala fettafsättningarne en finkornig fettdegeneration. Däremot *ingen fettdegeneration*, vare sig i den köttiga delen af papillarmusklerna, den från svålar fria delen af septum eller kammarväggen. På dessa ställen äro muskeltrådarna i allmänhet påfallande smala, mycket starkt, oregelbundet pigmenterade och, ehuru ej allmänt, så ofta i grupper parenkymatöst förändrade.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Stark venös blodfyllnad af hjärnan och dess hinnor. Mjuka hjärnhinnorna förtjockade och seröst infiltrerade. Hjärnvindlarna något atrofiska, sidoventriklarna måttligt utvidgade. Högra plevrarummet fullständigt oblitereradt. Blodrika, något cyanotiskt indurerade och tämligen starkt *ödematösa* lungor. Stark purulent bronkit. *Lefvercirros* i temligen tidigt stadium och någon central atrofi [1]). Indurerade, något förstorade, cyanotiska njurar. Något förstorad mjälte, af ökad fasthet (rikt trabekelverk) och mörkviolett färg. Kronisk ventrikelkatarr; i magsäcken af vin luktande innehåll. Ej hydrops.

Fall II.

Th. W. 50 år, Barnmorska. Wien. Plötsligt död i förstugan till en, 1 trappa upp belägen våning, dit hon kallats att biträda vid förlossning. Obducerad 2 dygn efter döden. Stor, kraftigt bygd, fet.

Aorta. I bottnarna af sinus Valsalvæ gulhvita, broskhårda infiltrationer. Strax öfver den vänstra aortavalveln finnes en stor, uppåt konvex, halfmånformig, något prominerande fläck, med ett i allmänhet grågelatinöst utseende och brosklik konsistens. I det centrala partiet är denna fläck insänkt, ärrigt hvit och skrumpen. Någon mynning för den vänstra kransarteren finnes ej, men genom sondering från denna senare erhåller man kunskap om, att mynningen måste varit belägen på det sålunda ärrigt förändrade centrala området af detta parti. Vidare finnes i ascendens en isolerad, mer än speciestor, rundad fläck af i allmänhet samma karakter som den beskrifna, men hvilken därjämte här visar flere, små, svafvelgula, delvis ulcererade, mjuka partier. I hela arcus och aorta descendens, i mindre grad dock i bukdelen, är insidan starkt ojämn på grund af tätt intill hvarandra belägna, starkt upphöjda, brosk- och senhårda, rundade och oregelbundna, i allmänhet stora, späckigt utseende, gråhvita knöligheter. Emellan dessa åter talrika gulhvita, fläckar och strimmor. Förändringarna intressera i allmänhet både intima och media. Aortas omkrets: strax ofvan valvlerna (aortaostium) 7,8 cm., på midten af ascendens 8,5, vid ligamentum arteriosum 5,5, ingen efterföljande utvidgning; på midten af thoracica 5,3, strax ofvan cœliaca 5,3 cm.

---

[1]) Lefvern är obetydligt förminskad, af synnerligen fast konsistens, snittytan något granulerad, acini ej tydliga, granula af smutsigt mörk gulbrun färg och emellan dem smala grågelatinösa, något insänkta stråk; för mikroskopet dessutom någon central atrofi.

Andra arterer. Mynningarna till de från arcus afgående stora stammarna äro genom broskhårda ringar måttligt förträngda. I vidare förloppet äro stammarna å insidan ställvis ojämna af gulhvita konfluenta, mjuka fläckar. Båda aa. carotides externæ i deras början anevrismatiskt utvidgade. Underarmarnes arterer visa här och hvar på insidan några gulhvita, tvärstälda strimmor. Hjärnans basalarterer fläckvis rigida. Njurartererna och mjältarteren utan förändringar. Aa. iliacæ och femorales tämligen starkt gulfläckiga. Underbenens arterer visa samma förändringar som underarmarnes.

Mynningen till hjärtats högra kransarter är ovanligt vid, belägen i jämnhöjd med aortavalvelns fria rand. *Den vänstra arterens mynning* är, som ofvan nämndes, *fullt obliтererad*, genom en tunn ärrliknande väfnad, som direkt öfvergår i den likartade omgifningen.

Högra kransarteren vidgar sig från mynningen trattformigt till en vidd af 14 mm. och är ännu 12 mm. i omkrets, då den når bakre längsfåran, hvadan den sålunda är ovanligt vid. Vid sist nämnda ställe, och efter att förut bland andra smärre grenar hafva afgifvit en stark sådan, gående parallelt med och till höger om septum ner mot hjärtspetsen på hjärtats framsida, afger den en 8 mm. i omkrets mätande gren till bakre längsfåran. Från denna gren sänka sig i dess öfre förlopp flere starka smågrenar in i septum, af hvilka det lyckades att följa ett par nära nog tvärs genom det senare. Hufvudstammen fortsätter därefter, 10 mm. vid, i kransfåran, under ständigt afgifvande af grenar, tils den, efter att mot vänstra randen af hjärtat hafva lemnat nämnda fåra, i närheten af den samma och på ett afstånd af 2,5 cm. från den horisontala grenen af vänstra kransarteren, delar sig i en mängd smågrenar, som kunna följas ett stycke på vänstra kammarens framsida. Injektionsförsök med färgad vätska i stammen före dess slutliga delning inpressar sådan i ganska riklig mängd i den horisontala grenen af vänstra arteren, liksom omvändt injektion från den senare kommer vätska att framsippra ur den förra, men några tydliga anastomoser emellan kärlen kunde dock icke upp-prepareras.

Från mynningen till i höjd med bakre längsfåran är hufvudstammen af högra kransarteren starkt gulfläckig och här och hvar något ojämn på grund af fläckarnas prominens. Ingenstädes förekomma dock några mera betydande förhårdnader. Under vidare förloppet och i finare grenar är arteren åter fullt frisk.

Den vänstra kransarterens hufvudstam är på andra sidan mynningen starkt förträngd, så att väggarna nästan beröra hvarandra, men vidgar sig därefter småningom. Strax före delningen i den horisontala och vertikala grenen innehåller stammen en friskt ljusröd kropp af fibrins konsistens, hvilken i det närmaste utfyller kärlet och är löst fästad vid dess halfva omkrets förmedelst ljust röda, lätt lossgjorda fina små strängar. Den horisontala grenen löper ner utefter vänstra randen af hjärtat, den vertikala har vanligt förlopp. Båda äro dock smala, men för öfrigt endast obetydligt här och där mjukt gulfläckiga. I båda grenarna förefans vid deras uppklippning en liten kvantitet köttvattenfärgad vätska.

Hjärtat, starkt fettbelagdt, så att endast smärre fläckar på fram- och baksidan af respektive ventriklar äro fria från sådan beläggning, är af tämligen fast konsistens. I båda afdelningarna en mindre mängd mörkt, tunnflytande blod. Hjärtats mått: i bredd öfver basen i kransfåran 11 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 10 och 10,5 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra hjärtkammaren. Högra kammaren af något ökad volum, dess muskulatur mäter intill trabeklerna upptill i allmänhet 4 och nedtill 3 mm. Trabekler och papillarmuskler tämligen starkt hypertrofiska. Under endokardiet på en och annan liten fläck en tunn fettafsättning. Vänstra förmaket utvidgadt. Vänstra kammaren mot spetsen afrundad, tämligen starkt utvidgad. Dess muskulatur mäter å ett, invid septum och därmed parallelt lagdt snitt, på gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 15 mm., och på gränsen mellan den mellersta och nedre 14 mm. På ett genom randen lagdt snitt på motsvariga ställen 15 och 13 mm. Septum mäter på midten 19 mm. Trabekler och papillarmuskler ej hypertrofiska, snarare motsatsen. På den åt vänstra kammaren vettande ytan af septum märkes ungefär på midten och något bakåt en rundad, 1-örestor, grund depression, öfver hvilken endokardiet är mjölkigt hvitt, och hvarest underlaget genom det samma skiftar med gulaktig färg. För öfrigt är endokardiet lindrigt förtjockadt upptill under aortavalvlerna, å den mediala papillarmuskeln samt på små, oregelbundna fläckar å septum och främre kammarväggen. Chordæ tendineæ äro i allmänhet något litet förtjockade och obetydligt förkortade. Mitralisflikarna äro något diffust förtjockade, dock stora och mjuka, i slutningsränderna något vulstiga samt här besatta med ett fåtal helt små, från hvarandra isolerade, låga, tuppkamliknande, broskhårda vegetationer. Ostiet godt tillgängligt för 2 fingrar. Aortavalvlerna af vanlig höjd, mjuka, obetydligt diffust förtjockade. Aortas ostium utan anmärkning. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Hjärtats muskulatur är i högra kammaren, särskildt upptill, där fettkapseln är mycket tjock, starkt genomdragen af gula fettstrimmor. För öfrigt har muskulaturen i högra kammaren en frisk brunröd färg. Muskulaturen i *vänstra* kammaren är påfallande fast och har i allmänhet en mörkt gråröd färg med tydlig skiftning i brunt. I öfrigt iakttages följande makroskopiska förändringar i den samma. Å den förut omnämnda 1-örestora, insänkta fläcken å septum är muskulaturen, för öfrigt här skild från endokardiet genom ett tunnt fettlager, till ett djup af omkring 2 mm. starkt genomdragen af täta, fasta, gråhvita *bindväfsstråk*. Dylika förekomma vidare talrikt och flerestädes afbrutna, företrädesvis i de inre, mot kammarens lumen vettande muskelpartien af hela främre och bakre nedre delen af septum liksom i samma parti af hela höjden af främre kammarväggen och hjärtats vänstra rand, utan att annat än vid spetsen i mera betydande grad öfverskrida denna senare på bakre kammarväggen. De nämnda stråken äro dock i allmänhet på dessa ställen smala och endast här och hvar konfluerande till smärre, oregelbundna, svålartade härdar. Strax ofvan spetsen i djupet af främre kammarväggen förekomma dock ett par ärtstora sådana

svålar. På flere ställen nå dessa svålbildningar ända in till endokardiet, å andra äro de skilda därifrån genom mer och mindre tunna muskellager. Den laterala papillarmuskeln är senigt förändrad, dels i ytlagret dels centralt, och vid dess insertion i väggen finnes en liten svål, som till halfva väggens tjocklek sänker sig in i den samma. Den mediala papillarmuskeln är i toppen obetydligt indurerad.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen: I högra kammaren är muskulaturen obetydligt parenkymatöst kornig och tvärstrimningen ej fullt klar. Pigmentkornen äro något ökade, men ligga företrädesvis kring kärnarna. *Ingen fettdegeneration,* vare sig i själfva muskelväggen eller i trabekler eller papillarmuskler. I *vänstra* kammaren är den parenkymatösa kornigheten starkare, särskildt på ärtstora och mindre härdar af den subendokardiala muskulaturen i främre delen af septum och närmast angränsande del af vänstra kammaren. Den bruna pigmenteringen är äfven betydligt starkare och de talrika pigmentkornen oregelbundet lagrade i de i allmänhet atrofiska muskeltrådarna. En grofkornig fettdegeneration anträffas här i smala stråk vid sidan af kornigt degenererade trådar i 2:ne smala trabekler å främre väggen; vidare i den laterala papillarmuskeln tillsammans med helt smala, starkt pigmenterade muskeltrådar, samt i de muskeltrådar, hvilka innehållas uti den omtalta 1-örestora svålen i septum, I det stora flertalet trabekler, liksom i öfriga papillarmuskler och själfva väggen af vänstra kammaren finnes däremot afgjordt *icke* någon *fettdegeneration.*

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna tämligen starkt förtjockade, seröst infiltrerade. Hjärnsubstansen ödematös. Struma med tämligen stark kompression af trachea. Lungorna i ränderna pösiga, cyanotiska, något indurerade, i bakre partierna ödematösa. Stark bronkit. Fettlefver med obetydlig central atrofi. Cyanotiskt indurerade, obetydligt atrofiska njurar. Förstorad, fast, mörkviolett, rikt trabekulerad mjälte. Ej hydrops.

Fall III.

Q. M. Tjänsteman, 54 år. Wien. Kände sig i en spårvagn helt plötsligt illamående, tog en vagn att föra sig till allmänna sjukhuset, dit han anlände döende, och där han dog efter några ögonblick. Obducerad $\frac{3}{4}$ dygn efter döden.

Lång, mager, med måttligt utvecklad muskulatur.

Aorta. Hela aorta är från och med sinus Valsalvæ till art. cœliaca i synnerhet i ascendens starkt utvidgad. Kärlets omkrets: strax ofvan klaffarna 9 cm., på midten af arcus 11,5 cm., något ofvan lig. arteriosum efter subclavias afgång 6 cm., därpå under en sträcka af 3 cm. 6,5 cm., så åter 6 till 5,8, som det mäter omedelbart ofvan cœliaca. Här smalnar kärlet tämligen tvärt till 4 cm.; ingen utvidgning af bukaorta där nedom. På hela det utvidgade området och särskildt i ascendens är aorta starkt förändrad. Gråhvita, späckigt utseende, broskhårda, starkt upphöjda, till stor del konfluenta fläckar förherrska i sinus och angränsande del af ascendens, därefter uppträda jämte sådana talrika, af en speglande endotelhinna öfverklädda, tunna

kalkskållor, omväxlande med gulhvita, mjuka, såriga ställen. Vid isthmus en speciestor, oregelbunden fläck med vulstiga, späckiga ränder och ärrigt utseende centrum. I bukaorta endast strödda, gulhvita, ej upphöjda fläckar.

Andra arterer: Artererna från arcus vid mynningarna omgifna af broskhårda, förträngda ringar. På de stora stammarnas insida tätt stående, upphöjda, gulhvita, broskhårda fläckar, hvilka småningom aftaga. Hjärnans basala arterer obetydligt diffust förtjockade, utan fläckar eller kalk. Aa. radiales smala, men eljes icke märkbart förändrade. Aa. renales och a. lienalis i hufvudstammarna diffust förtjockade utan framträdande fläckighet, i grenarna oförändrade. Nedre extremiteternas arterer utan anmärkning.

Mynningen af hjärtats *h. kransarter* bildar en knapt 2 mm. lång, helt smal, *sprickformig öppning,* begränsad af en späckig, broskhård väfnad och belägen något ofvan fria valvelranden. Det *vänstra koronararterostiet saknas,* och dess plats markerar sig endast helt otydligt såsom en liten grund insänkning, strax ofvan fria valvelranden. Det samma är emellertid, såsom injektionsförsök med färgad vätska från kransarteren konstatera, fullständigt oblitereradt. Obliterationen kommer till stånd genom en helt tunn, men hård membran, som sammanhänger med den vulstigt ojämna omgifningen.

Den *h. kransarteren* vidgar sig raskt på andra sidan ostiet till en vidd af 13—14 mm., sänder här ett par grenar öfver framsidan af hjärtat utefter septum, går i kransfåran, efter afgifvandet af en stark, till spetsen löpande gren i bakre längsfåran, hvilken gren afger tydliga smågrenar till septum, fram till och längs vänstra randen af hjärtat, gifvande grenar åt hela bakre väggen af v. kammaren och slutar med sina ytliga grenar, för så vidt de kunna följas, å öfre delen af vänstra kammarens framsida. Under sitt förlopp är arteren på insidan flerestädes fläckigt gulhvit, men utan några förträngningar eller nämnvärda rigiditeter.

Den *v. kransarteren* är på andra sidan det oblitererade ostiet i början starkt förträngd, af en vanlig anatomisk sonds diameter, vidgar sig därefter och delar sig i de båda hufvudgrenarna, hvardera i början 6 mm. i omkrets. Men dessa äro under det vidare förloppet på flere ställen i väggen starkt förtjockade, förkalkade och förträngda, så att de här och hvar nätt och jämt tillåta en den finaste anatomiska sond passera.

Hjärtat, med något ökad fettbeläggning, ej ovanligt slapt. I båda halfvorna mörkt tunnflytande blod, till höger äfven lösa fibrinkoagler. Hjärtats mått: i kransfåran öfver basen 11,5 cm., afstånd från högra och vänstra randen af roten till art. pulmonalis till respektive kammares spetsar 8 och 9,5 cm.

Högra kammaren förefaller trängre än vanligt. Muskulaturen intill trabeklerna varierande 3—4 mm. Trabeklerna hypertrofiska. V. förmaket utan förändring. V. kammaren mot spetsen rundad, i allmänhet starkt utvidgad. Muskulaturens tjocklek intill trabeklerna på ett snitt parallelt med och invid septum är på gränsen mellan öfre och mellersta tredjedelen af detta 10 mm.; mellan mellersta och nedre likaledes 10.

därefter mot spetsen starkt förtunnad; på ett genom hjärtats vänstra rand lagdt snitt på motsvarande ställen 12 och 11 mm. Trabekler och papillarmuskler ej förstorade. Någon förtjockning af endokardium upp mot klaffarna. Aortaklaffarna obetydligt diffust förtjockade, och 2:ne lunulæ på höjden något förkortade med obetydlig vulstighet af fria ränderna; för öfrigt äro aortavalvlerna dock stora och förefalla fullt funktionsdugliga. Aortafliken af mitralis diffust förtjockad; mitralostium af vanlig vidd. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Hjärtmuskulaturen fast, har i allmänhet frisk, blekt rödbrun färg, ingenstädes gulfärgning. Hela främre v. *kammarväggen* liksom nedre och främre öfre delen af septum i den åt lumen vettande inre tredjedelen af muskulaturen här och hvar genomdragen af fina, någon gång tillsvällande, *svåliga bindväfsstråk*. Sådana träffas dessutom i bakre väggen af vänstra kammaren dels, och tämligen ytligt, upptill vid basen, dels vid spetsen. I spetsen af högra kammaren träffas likaledes seniga stråk, hvilka synas stå i samband med sådana i v. spetsen.

Mikroskopisk undersökning af hjärtmuskulaturen. I båda kamrarna en synnerligen stark pigmentdegeneration (kornen i långa rader) samt en högst obetydlig parenkymatös grumling; mångenstädes i vänstra kammaren atrofiska trådar; *ingenstädes* påträffas någon *fettdegeneration.*

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: De mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten starkt förtjockade, seröst infiltrerade. Hjärnan ödematös, sidoventriklarna något utvidgade. Måttligt starkt, alveolärt lungemfysem. Allmänt starkt *lungödem.* Bronkit. Cyanotisk, ej atrofisk lefver. Förstorade, cyanotiskt indurerade njurar. Något förstorad, tämligen fast, mörkviolett mjälte. Kronisk ventrikelkatarr. Ej hydrops. Stor mängd halfdigereradt innehåll i magsäcken.

De nu anförda 3:ne fallen äro samtliga utmärkta af det relatift sällsynta förhållandet, att den vänstra kransarterens aortamynning varit *fullständigt oblitererad* genom följderna af en kronisk endarteritisk process i dess omkrets.

Fall af detta slag erbjuda icke litet intresse.

De ådagalägga nämligen till en början, att hjärtat, låt vara under betingelser, hvilka på ett föreliggande preparat i allmänhet icke kunna fullständigt utrönas, för någon tid, och denna, efter hvad det synes, mången gång icke så alldeles kortvarig, *kan* undvara den tillförsel af blod, hvilken det under normala förhållanden erhåller genom den vänstra kransarterens mynning i aorta.

För att detta emellertid skall kunna låta sig göra fordras naturligen, att den afdelning af hjärtat, som den i fråga varande arteren tillförene försörjt med blod, numera från annat håll erhåller sådant.

Att såsom DICKINSON[1]) och ROUSSY[2]) helt hypotetiskt antaga, att hjärtat under sådana förhållanden nutrieras direkt ifrån dess kaviteter, torde väl vara att väl långt drifva jämförelsen mellan människohjärtat och det arterlösa grodhjärtat. Efter alt utseende är äfven denna hypotes öfverflödig.

Vi veta nämligen å ena sidan, att hjärtats vasa propria, äfven dess arterer, i vidsträckt mon och genom vasa vasorum för de ur hjärtat utgående stora kärlstammarna redan under normala förhållanden stå i förbindelse med kärlsystemen i perikardium, diafragma, ja med bronkialkärlen (HENLE[3]), LANGER[4]), och å den andra sidan synes det af LANGERS[5]) och SAMUEL WESTS[6]) undersökningar framgå, att under samma förhållanden dessutom ganska vidsträckta anastomotiska förbindelser förefinnas de båda kransartererna sinsemellan. Det torde väl under sådana omständigheter snarare vara tillåtet att antaga, att det på nu nämnda banor vid förefallande behof skall kunna utbilda sig ett kollateralkretslopp, kraftigt nog att, om ock nödtorftigt och för någon tid, nutriera hjärtat.

Att emellertid i ett gifvet fall lemna de, för befintligheten af ett sådant kollateralkretslopp positiva bevisen, erbjuder af lätt insedda skäl stora, och med en efterföljande mikroskopisk undersökning af hjärtat, i allmänhet oförenliga svårigheter.

Om jag därför icke häller för ofvan anförda fall är i tillfälle att kunna lemna några sådana bevis, vill jag dock påpeka det möjligen i någon mon för tillvaron af kollaterala banor talande, ganska intressanta förhållandet, att i 2:ne af dessa fall i den afstängda arteren iakttogs, den ena gången flytande blod, den andra ljust blodfärgad vätska, och att i de 2:ne fall (1 och 2), uti hvilka partiela injektionsförsök gjordes, det mycket lätt lyckades att från den horisontala grenen af den ena arteren inspruta vätska i den andras motsvarande gren.

Utan att lemna spår efter sig i muskulaturen hade dock obliterationen af kransarterens mynning i intet af dessa fall

---

1) DICKINSON. Transactions of the pathol. society of London; vol. 17, s. 57, 1866.

2) ROUSSY. A. s., sid. 33.

3) HENLE. Handbuch der Gefässlehre des Menschen, s. 87, 1876.

4) LANGER. Die Anastomosen der Coronararterien. Sitzungsberichte der mathematisch-naturwissenschaftl. Classe der K. K. Akademie der Wissenschaften zu Wien, bd. LXXXII, s. 36, 1880.

5) A. s.

6) S. WEST. The anastomosis of the coronary arteries. The Lancet, 2 juni 1883.

försiggått. Vi träffa tvärtom uti de i alla tre fallen befintliga utbredda svålbildningarna i muskulaturen tydliga bevis på den ingripande betydelsen af den vid mynningen försiggångna processen.

Dessa svålar erbjuda för öfrigt den intressanta öfverensstämmelsen, att de i alla fallen med mycket små, och synbarligen på en något växlande utbredning af den vänstra kransarterens grenar beroende variationer intaga samma områden af hjärtat eller, till större och mindre djup, hela främre kammarväggen, baksidan af spetsen[1]) samt den åt vänstra kammaren vettande delen af septum med undantag af detta senares bakre, öfre del.

Det torde emellertid ligga i öppen dag, att vänstra hjärtkammaren genom den undergång på muskelsubstans, hvarom dessa svålar vittna, måste förlorat en icke obetydlig del af sin arbetskraft, en förlust, som påtagligen icke kunnat genom någon vikarierande muskelhypertrofi i nämnvärd mon ersättas. Tvärtom visade sig, hvad sist sagda förhållande beträffar, muskelväggen både i 1:sta och 3:dje fallet öfveralt något atrofisk, och den mycket måttliga grad af hypertrofi, som i fallet n:r 2 iakttogs, är med all sannolikhet att betrakta såsom tillkommen före tillslutningen af artermynningen och framkallad af de, om också icke höggradiga, dock tydliga förändringar, hvilka förefunnos på flere ställen af det perifera kärlområdet.

Denna, genom undergång af muskelsubstans betingade svaghet hos vänstra hjärtat åter har synbarligen under fortskridande, (genom den sannolikt i alla händelser mycket inskränkta blodtillförseln lätt förklarliga), rubbningar i muskeltrådarnas nutrition slutligen nått därhän, att hjärtat icke längre för ett på dess arbetsförmåga tillfälligtvis ställdt högre kraf ägde något kvar af den, man skulle kunna säga, magasinerade kraft, hvilken i så beundransvärdt hög grad tillkommer ett friskt hjärta.

---

[1]) Att baksidan af kammaren närmast spetsen på ett så konstant sätt i dessa fall företett svålbildningar, torde utan tvifvel sammanhänga med det, i de anatomiska handböcker, jag rådfrågat (LUSCHKA, HENLE, QUAIN-HOFFMANN, HOLLSTEIN) dock icke uppmärksammade förhållandet, att en ändgren af den vänstra kransarterens i främre längsfåran af hjärtat nedstigande gren *i regel* icke allenast når hjärtspetsen utan, svängande sig om denna på baksidan, först 2–4 cm. ofvan spetsen upplöser sig i smågrenar. Någon arteriel anastomos emellan de båda kransartererna har jag dock aldrig lyckats att på detta ställe med säkerhet påvisa och kan därför icke biträda den af LANGER (a. st., sid. 37) och andra, hvilka liksom han synbarligen äfven iakttagit den omsvängande grenen vid spetsen, förfäktade åsigten, att den samma vore att betrakta såsom en sådan anastomos.

Det synes under dessa förutsättningar fullt antagligt, att hjärtförlamningen i dessa fall närmast härrört från en förlamning af hjärtats vänstra kammare.

Emellertid företedde lika litet dennas som den högra kammarens muskulatur i något af dessa fall en *fettdegeneration* i den utbredning, att man gärna ens kan tänka på att sätta paralysin i samband därmed. Ty frånsedt fallet n:r 3, vid hvilket i hjärtat icke en enda fettdegenererad tråd kunde påvisas, var den i de båda öfriga fallen på begränsade områden iakttagna degenerationen af detta slag så obetydlig, att den med alt skäl torde kunna betraktas såsom i förevarande hänseende betydelselös.

Den mikroskopiska undersökningen af hjärtat ådagalade för öfrigt i samtliga dessa fall dels en så höggradig, brun pigmentering af muskulaturen i vänstra kammaren, att man endast i sällsynta undantagsfall får se något motstycke därtill i senilt atrofiska hjärtan, dels mer och mindre uttalade parenkymatösa (albuminösa) förändringar i muskeltrådarna. Dessa sist nämnda eller de parenkymatösa förändringarna, hvilka, såsom vi skola finna, äfven, om också i betydligt växlande grad utpräglade, iakttagits i alla öfriga fall, torde dock, såvida obduktionen företagits först ett eller annat dygn efter döden och särskildt då de samma icke förekomma tillsammans med en begynnande, finkornig fettdegeneration, endast med stor försigtighet få betraktas såsom uttryck för en under lifvet bestående degenerativ process. Den vanligen stora och i hjärtats alla kaviteter samlade mängden af tunnflytande blod betingar nämligen, måhända tillsammans med andra omständigheter, i dessa fall ett mycket hastigt inträde af förruttnelsen, hvars tidiga stadier som bekant i detta organ utmärkas af med den parenkymatösa degenerationen likartade förändringar.

Följande fall, uti hvilket i likhet med de föregående den sklerotiska processen vid vänstra kransarterens mynning ådrager sig det hufvudsakligaste intresset, visar emellertid, att följden af en fullständig eller åtminstone i det allra närmaste fullständig tillslutning af den vänstra kransarterens mynning i vissa fall blir af en mera omedelbart ödesdiger natur, än hvad vi i det föregående lärt känna, äfven under den förutsättning, att, såsom i detta fall synes hafva varit förhållandet, mynningen före den slutliga tilltäppningen under en längre tid endast småningom minskats.

Fall IV.

J. G. Arbetarehustru, 50 år. Stockholm. Plötsligt död kl. 10 e. m., sedan hon vid 9-tiden lagt sig. Strax före döden kräkning. Sedan flere år klagat öfver »ondt i bröstet». Obducerad först några dagar efter döden. Spensligt bygd, tämligen tjock fettpolster, något marastisk.

Aorta: Uti sinus Valsalvæ obetydlig, gulhvit flamning. Strax ofvan den vänstra sinus Valsalvæ är aortaväggen på ett mer än speciestort, oregelbundet område dels svåligt förtjockad, dels smågropigt ulcererad och företer några, till nagelstora, tunna kalkskållor. I öfrigt är ascendens endast obetydligt småknöligt ojämn, till största delen beroende ensamt på förtjockningar af intima. Vid afgången af halskärlen några små, hårda, gulhvita fläckar. Uti isthmus en tvärstäld, hård kalkskålla. I descendens endast obetydliga, gula flamningar på kärlets insida. I aorta abdominalis större sådana, jämte något upphöjda, mjuka partier, utan såriga förändringar. Aorta mäter strax ofvan valvlerna 6,7, på midten af ascendens 7,2, strax efter afgången af subclavia 6, öfver kalkskållan vid isthmus 5,5, strax därpå 5,7, på midten af thoracica descendens 5,6, och ofvan afgången af bukkärlen 4,5 cm.

Andra arterer: De från arcus utgående stora kärlstammarna visa endast en obetydlig, gulhvit flamning; vid karotis-bifurkationen å båda sidor nagelstora, hårda kalkskållor. Armarnas perifera arterer visa inga förändringar. Aa. cœliaca, renales och lienalis utan märkbara förändringar. Aa. iliacæ och början af femorales äro ställvis gulflammiga; uti benens perifera arterer inga förändringar. Hjärnans både basala och finare arterer slappa och tunna.

Mynningen af hjärtats högra kransarter af vanlig storlek, och dess omgifning oförändrad. *Den vänstra kransarterens mynning* åter är af sprickformig gestalt och af knappast ett halft knappnålshufvuds storlek. Emellertid är äfven denna mynning, så när som på en nätt och jämt märkbar liten punkt, fullständigt *dold* utaf en framför den samma nedskjutande, granulationsliknande utlöpare från en, till ett ofvanför beläget, sårigt ställe af kärlväggen fastsittande, ljusröd tromb.

På andra sidan om den sålunda synnerligen starkt förträngda mynningen vidgar sig *v. kransarteren* hastigt till en bredd af 11 mm. Båda dess stora grenar äro, den vertikala dock något mer än den horisontala, hvilken senare med sin ändgren löper snedt öfver vänstra kammarens bakre yta ned till spetsen, endast helt obetydligt gulfläckiga. Uti den först nämnda ett par små kalkskållor, smågrenarna friska.

Den högra kransarteren är vid, mäter ännu vid hjärtats högra rand 10 mm., öfverskrider bakre längsfåran och utbreder sig upptill på bakre väggen af vänstra kammaren. I bakre längsfåran afger den nedåt spetsen en gren, hvilken i dess början i sin ordning afger ett par smärre grenar till septum. Under detta förlopp visar arteren endast på ett par ställen helt små, gulhvita, mjuka fläckar. I båda kransartererna flytande blod.

Hjärtat har något ökad fettbeläggning, är slapt och innehåller i båda halfvorna mörkt, tunnflytande blod. Hjärtats mått: bredd öfver basen i kransfåran 8,5 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 9 och 9 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra kammaren. Högra kammaren är liten, dess vägg intill trabeklerna, fettlagret oafsedt, varierande mellan 1—2 mm. Trabeklerna af vanlig tjocklek, papillarmusklerna synnerligen smala. Vänstra förmaket utan anmärkning; vänstra kammaren ej tydligt utvidgad. Dess muskulatur mäter intill trabeklerna å ett invid och parallelt med septum lagdt snitt, på gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 9 mm. och mellan dess mellersta och nedre tredjedel 8 mm. i tjocklek. På ett genom randen lagdt snitt å motsvariga ställen 9 och 7 mm. Trabekler och papillarmuskler något atrofiska. Endokardiet af vanlig tunnhet. Aortafliken af mitralis endast helt obetydligt, i öfre hälften mjukt gulstrimmig. Ostium atrio-ventriculare af vanlig vidd. Aortavalvlerna blodimbiberade, eljes utan minsta anmärkning; aortaostium likaså. Art. pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Muskulaturen är i högra kammarväggen öfveralt tämligen starkt genomdragen af ofta ända intill trabeklerna följbara, gulhvita fettstrimmor. Muskelsubstansen mellan dessa såväl som uti trabeklerna och papillarmusklerna af en något daskig, ljust rödbrun färg. I vänstra kammaren är muskulaturen i måhända ännu högre grad smutsig, för öfrigt af samma rödbruna färg. Ingenstädes förekommer tydlig gulskiftning. *Inga svålbildningar* i hjärtat.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen. I *högra* kammaren parenkymatösa, för öfrigt icke synnerligen fortskridna förändringar, men *ingenstädes* någon påvisbar *fettdegeneration.* I *vänstra* kammaren träffas, med undantag för ett aflångt, ungefär 5-örestort, begränsadt område af bakre väggen upptill invid septum samt för närgränsande del af detta senare, öfveralt en riklig, tämligen storkornig *fettdegeneration.* På nyss nämnda ställen åter träffas i en mångfald af preparat ingen fettdegenererad tråd, men väl obetydlig parenkymatös grumling. Betydlig förökning af pigmentet i vänstra hjärtat.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten något förtjockade, synnerligen starkt seröst infiltrerade. Hjärnan blek, ödematös. Synnerligen starkt blodfylda lungor, ödem i de bakre men ej i de främre partierna af de samma. Njurar, mjälte och lefver i tillstånd af akut stas, utan kroniska förändringar. Flere till nagelstora blödningar i och under tunntarmarnas mucosa. Ej hydrops.

Huruvida den till ett ateromatöst sår i aortaväggen fästade, organiserade tromb, som i detta fall med en utlöpare befans nästan fullständigt täcka den halft knappnålshufvudstora mynningen för vänstra kransarteren möjligen vid dödstillfället varit fullt obturerande är, huru antagligt ett sådant förhållande än kan synas, naturligtvis omöjligt att säkert afgöra. Altnog,

tilltäpningen af mynningen i fråga hade varit betydande nog, för att i den synbarligen redan förut dåligt nutrierade vänstra kammaren framkalla en stark nutritionsrubbning, ådagaläggande sig genom en till allra största delen af denna kammares väggar utbredd *fettdegeneration*. Denna degeneration visade för öfrigt fullkomligt den utbredning, som motsvarades af den tilltäpta arterens förgreningsområde. I detta hänseende vill jag särskildt påpeka, hurusom ett mindre område upptill af vänstra kammarens bakre vägg och angränsande del af septum, såsom jag hade tillfälle att för ett par kamrater vid undersökningstillfället demonstrera, voro, i likhet med hela högra kammaren, fullständigt fria från degenerationen i fråga. Samtliga dessa partier försörjdes också i detta fall, såsom en undersökning lätt ådagalade, af högra kransarteren.

Att den sist nämnda arteren äfven i regel har denna och icke sällan ännu större utbredning i vänstra kammarväggen, illustreras vackert af de i de först anförda 3:ne fallen gjorda iakttagelserna, beträffande förekomsten af hjärtsvålar. Emellertid är det uti detta förhållande en sak, som förtjänar ett, om ock flyktigt, omnämnande. Uti de anatomiska handböcker, jag rådfrågat, har jag nämligen ingenstädes funnit någon uppgift om, att den i bakre längsfåran förlöpande grenen af högra kransarteren skulle gifva några grenar åt septum. Att så emellertid från dess öfre del i regel sker, ett förhållande, som naturligen är egnadt att fullständigt förklara den nu anförda iakttagelsen, därom har jag genom undersökning af en hel del preparat erhållit fullkomlig visshet.

Trenne med n:r 4 likartade fall hade jag tillfälle att i Wien undersöka. Då de samma emellertid alla voro komplicerade med, på valvulära förändringar beroende, om också lindriga grader af aortainsufficiens, har jag icke ansett det lämpligt att medtaga dem i den samling af, som jag tror, ganska rena fall, som här föreligger.

I alla dessa 3 fall var emellertid den vänstra kransarterens mynning så höggradigt förträngd genom från dess öfre omfång framför den samma nedskjutande broskhårda förtjockningar i aortaväggen, att man först efter uppmärksamt sökande, och i ett fall endast genom sondering nedifrån med en fin sond, lyckades upptäcka, hvar den för en sådan sond endast i sist nämnda fall tillgängliga mynningen var belägen. I 2 af dessa fall var dessutom den högra mynningen reducerad till en 2—3

mm. lång, mycket smal spricka[1]), inbäddad i den vulstiga väggen. I de båda sist nämnda fallen iakttogs en till hela hjärtat utbredd, i vänstra kammaren dock afgjordt grofkornigare, fettdegeneration, under det att i det 3:dje, där högra mynningen endast var obetydligt förträngd, hjärtat *ingenstädes* företedde någon sådan degeneration. På andra sidan mynningarna voro i två fall kärlens hufvudstammar obetydligt gulfläckiga, i det tredje voro artererna alldeles oförändrade, och i intet af dessa fall förekommo några svålbildningar i hjärtat.

I alla de hittills anförda iakttagelserna har det uteslutande varit sklerosen vid kransartererernas *mynningar*, till hvilken det synts tillåtet att förlägga den egentliga orsaken till den plötsligt inträffade hjärtparalysin, och vi hafva funnit, att denna senare varit så långt ifrån att med någon nödvändighet hafva varit förbunden med fettdegeneration af muskulaturen, att i 4 fall af 7 denna degeneration alldeles saknats eller dock uppträdt i så obetydlig utbredning, att den i och för den letala utgången måste betraktas såsom betydelselös.

Det är emellertid ännu en sak beträffande den i fråga varande intressanta lokalisationen för arteriosklerosen, som förtjänar att uppmärksammas, nämligen det förhållandet, att höggradiga och i hjärtparalysi utlupna förändringar vid mynningarna påfallande ofta uppträda, utan att kransartererna i deras öfriga förlopp visa någon eller åtminstone någon mera betydande skleros. I literaturen finnas flere sådana fall beskrifna (DICKINSON, DEHIO, GREENFIELD, LANCEREAUX[2]), WATSON m. fl.) och, såsom af de ofvan anförda berättelserna framgår, har jag äfven i flertalet af mina fall iakttagit ett sådant förhållande.

Det samma torde emellertid vara i hög grad egnadt att i ett gifvet fall, särskildt genom möjliggörandet af en rask utveckling af kollaterala kärlbanor emellan de båda kransartererna, till den minsta möjliga betydelse nedsätta det skadliga inflytande på hjärtmuskulaturen, hvilket en mycket stark förträngning af mynningen till en af kransartererna alltid måste komma att utöfva på den senare, liksom det närmast torde förklara frånvaron af alla hjärtsvålar uti här senast skärskådade fyra fall.

[1]) En fullständig obliteration af högra kransarterens mynning har jag aldrig iakttagit. Fall af detta slag synas också vara mycket rara, då jag i den kasuistik, jag genomgått, icke funnit mer än ett enda meddelande om ett sådant förhållande (DICKINSON. a. st., fall 3).

[2]) LANCEREAUX hos ROUSSY, a. st., s. 16—19.

Såsom gemensamt för de 3 fall, jag nu närmast går att meddela, visar sig den *högra* kransarteren i hufvudstammen fullständigt *afstängd*. I de 2 första af dem har denna afstängning synbarligen kommit till stånd en längre tid före döden, under det att i det 3:dje fallet synes antagligt, att den fullständiga tilltäppningen af arterens lumen egt rum först kort före hjärtparalysins inträde.

Fall V.

G. S. Kusk, 51 år. Wien. Blef, under det han strax efter middagen vattnade sina hästar, plötsligt redlös och dog efter några ögonblick. Obducerad $\frac{3}{4}$ dygn efter döden. Stor, muskulös, mager.

Aorta företer i ascendens, arcus och thoracica descendens ganska obetydliga förändringar, i det att endast här och hvar några gulhvita, lågt prominenta fläckar och strimningar förekomma. Motsvarande den oblietererade mynningen för ductus arteriosus är intima något ärrlikt förändrad, af senigt hvit färg. I bukaorta uppträda talrika, delvis konfluenta, broskhårda infiltrationer i intima och media, hvilka i förökadt hög grad fortsätta i aa. iliacæ. Aorta mäter i omkrets: strax ofvan valvlerna 7 cm. på midten af ascendens 7,5, vid ligamentum arteriosum 5,4, vidgar sig därefter endast obetydligt, mäter på midten af thoracica descendens 5,4 och strax ofvan cœliaca 5,2 cm.

Andra arterer: I de från aortabågen utgående stora stammarna här och hvar, och särskildt vid förgreningsställen af de samma, stora, mjuka, gulhvita, prominenta fläckar, hvilka icke obetydligt förtränga en del grenars mynningar. Hjärnans basala arterer äro på begränsade, genom i allmänhet stora mellanrum skilda fläckar, gulhvitt förtjockade och motsvarande rigida, deras finare grenar makroskopiskt oförändrade. Underarmarnas arterer utan märkbara förändringar. Njurarnas och mjältens arterer utan anmärkning. I aa. crurales och hypogastricæ fortsätta de från aa. iliacæ beskrifna förändringarna, och börja kalkskållor uppträda. Underbenens arterer i högre grad än öfverbenens rigida, på insidan gropiga genom små, i allmänhet tvärstälda kalkskållor och gulhvita teckningar i intima men dessutom tämligen starkt i lumen förträngda, slingriga.

Mynningen för hjärtats högra kransarter är ej förträngd. Vid sidan af den samma och i dess nivå samt skild från det stora ostiet genom en 5 mm. bred, frisk brygga finnes en något mer än knappnålshufvudstor öppning, hvilken leder in till en, i början 4 mm. vid, liten arter, som till höger om och längs utmed septum löper ned till spetsen af hjärtat, afgifvande starkt injicierade grenar till högra och vänstra kammarens främre väggar.

Den vänstra kransarteren mynnar i aorta med 3:ne öppningar. Två, de större af dem, äro genom en 3 mm. bred brygga från hvarandra skilda och leda in, den ena, stor som ett knappnålshufvud, i den horisontala grenen, den andra, något mindre än hvad den vänstra mynningen i allmänhet brukar vara, i den vertikala. Den omtalta bryggan är

emellertid af friskt utseende, och grenarna löpa äfven på andra sidan mynningen oförenade, hvadan de beskrifna förändringarna af kransarterernas mynningar äro att uppfatta som en fysiologisk anomali. Något ofvan och medialt om dessa mynningar finnes vidare en tredje, helt fin öppning, som utgör mynningen för en liten arter, hvilken förgrenar sig i vänstra förmakets vägg.

På andra sidan mynningen blir den *högra kransarteren* efter ½ cm. förlopp fullkomligt rigid och tämligen betydligt förträngd. *2½ cm.* från mynningen börjar en ungefär ½ cm. lång, såsom sonderingar och injektionsförsök visa, fullkomlig *obliteration* af kärllumen. Kärlet är nämligen på denna sträcka omvandladt till en kalkhård solid sträng. Efter denna är arteren såväl i de större som mindre grenarna fläckig och starkt rigid. Vid uppklippning innehöllo de perifera grenarna en ringa mängd svartrödt, tunt blod.

Den *vertikala* grenen af *vänstra kransarteren* är alt ifrån dess början och ut i de finare grenarna starkt gulhvitt fläckig och motsvarande fläckarna kalkhård. 2½ cm. från dess början är grenen *betydligt förträngd* och rundt om kalkvandlad.

Den *horisontala* grenen är ända ut i de finare grenarne öfveralt starkt rigid och förträngd. 1½ *cm.* från dess början finnes å den samma en kort men så betydande *stenos*, att endast en mycket fin silfversond kan föras igenom.

Hjärtat är måttligt starkt fettbelagdt, slapt, innehåller i båda afdelningarna mörkt, tunnflytande blod. Hjärtat mäter i bredd öfver basen i kransfåran 10 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 9,5 och 9,5 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra kammaren.

Högra kammaren är obetydligt vidare än vanligt. Dess muskulatur är i conus arteriosus icke obetydligt och i trabeklerna något hypertrofisk. Utanför de senare mäter väggen ingenstädes öfver 4 mm. Upptill är den samma i allmänhet 4, nedtill 3 mm. tjock. Vänstra förmaket utvidgadt. Vänstra kammaren mot spetsen något rundad och i allmänhet något utvidgad. Dess muskulatur intill trabeklerna mäter å ett, invid och parallelt med septum lagdt snitt, å gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 11 mm., samt å gränsen mellan den mellersta och nedre tredjedelen 10 mm. Å ett genom vänstra randen af hjärtat fördt snitt mäter muskulaturen å motsvariga ställen respektive 12 och 10 mm. Trabekler och papillarmuskler ej hypertrofiska. Endokardiet i vänstra kammaren är diffust mjölkigt hvitt, förtjockadt.

Mitralisvalvlerna äro diffust och fläckigt förtjockade, men dock mjuka och på intet sätt förkortade, deras chordæ mot papillarmusklernas spetsar något förtjockade. Vänstra atrio-ventrikularostium utan anmärkning. Äfven aortas valvler obetydligt diffust förtjockade, men ej retraherade. Aortaostium utan anmärkning. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Muskulaturen i högra kammaren är endast i randen samt mot spetsen obetydligt och endast ytligt genomdragen af några fina, gula strimmor af aflagradt fett. För öfrigt har muskulaturen i högra hjärtat

en friskt grårödbrun färg. Af sist nämnda utseende är också muskulaturen i allmänhet i vänstra kammaren; muskulaturens konsistens fast, och ingenstädes synes i den samma någon gulaktig färgskiftning.

De mediala papillarmusklerna i denna kammare äro till största delen *svåligt omvandlade*, och svålbildningen fortsätter vid deras bas ett stycke in i väggen. Emellan de täta svåliga stråken finnas här och där någon rödbrun muskelsubstans, och papillarmusklernas yta är marmorerad i gråhvitt och rödbrunt. De laterala papillarmusklerna äro endast i deras öfre hälft lindrigt svåligt indurerade. För öfrigt finnas såväl i vänstra kammarens bakre vägg som i vänstra randen företrädesvis i de yttre muskellagren talrika, oregelbundna, greniga, seniga stråk.

Mikroskopiska undersökningen af muskulaturen ådagalägger i hela hjärtat en synnerlig riklig, småkornig, brun pigmentering med mångenstädes tydlig atrofi af muskeltrådarna samt en, på ett och annat ställe framträdande, högst obetydlig parenkymatös förändring (ytterst fina korn, försvinnande vid ättiksyretillsats). *Ingenstädes*, icke ens i de svåligt indurerade papillarmusklerna kunde någon *fettdegeneration* påvisas.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Måttligt hjärnödem. Lindrigt, allmänt *lungödem*, brunt indurerade lungor, bronkit. Något förstorade och indurerade, cyanotiska njurar. Cyanotisk lefver utan atrofi. Stor blodrik mjälte af vanlig fasthet. Ej hydrops. I magsäcken en stor mängd halfdigererad föda.

Fall VI.

E. D. Handskmakaregesäll, 48 år. Wien. Störtade medvetslös på gatan och dog några ögonblick därefter. Skall ofta lidit af kongestioner åt hufvudet. Obducerad $1\frac{1}{2}$ dygn efter döden. Gracilt bygd, mager.

Aorta: Ascendens och arcus äro nästan oförändrade, endast företeende ett par små, något upphöjda, gula fläckar ofvan valvlerna. Vid isthmus, och sträckande sig cirkulärt omkring kärlet från ligamentum arteriosum till subclavias mynning, en hvit, ärrigt utseende, stråligt oregelbunden, ringformig förändring i intima utan kalk eller sår. I descendens fåtaliga små, låga, gulaktiga fläckar med tydlig tendens till sönderfallning, därjämte ett och annat knapt ärtstort, helt isoleradt sår. Aortas omkrets: strax ofvan valvlerna 6,7 cm., på midten af ascendens 7,2 cm., vid den beskrifna ringen i isthmus 5,3, strax därpå 5,8, så efter ungefär 5 cm. åter 5,3 cm., småningom afsmalnande nedåt.

Andra arterer: I de stora från arcus utgående kärlen sparsamt förekommande, låga, i allmänhet små upphöjningar, hvilka nästan öfveralt i centra förete djupt i media gående smältning. Aa. radiales friska. Hjärnans basalarterer, men ej dess smågrenar, fläckvis gulhvitt förtjockade. Aa. renales och a. lienalis, de förra med lupp följda i deras finare grenar, förete inga förändringar. I de perifera ändarna af aa. tibiales obetydliga, gulaktiga flamningar på insidan af kärlen.

Mynningarna till hjärtats kransarterer oförändrade. *Den vänstra kransarteren* är före sin delning i den vertikala och horisontala gre-

nen icke nämnvärdt förändrad, men från detta ställe är arteren öfveralt i de gröfre grenarna i hög grad gulfläckig och motsvarande kalkhårdt rigid. Dessutom finnes i den *vertikala* grenen, omedelbart efter sedan den för första gången gaffelformigt delat sig, en fullständig *tilltäppning* af lumen. Denna obturation förhåller sig närmare på följande sätt: I kärlväggen finnes på detta ställe en 2 mm. lång, ej fullt sluten, kalkhård, i lumen starkt inskjutande ringformig förtjockning. Denna kalkring slutes undertill af en mjukare, likaledes i lumen inskjutande gråröd, under lupp granulationsliknande liten bildning. Det fina lumen, som härigenom bildas, utfylles slutligen af en smutsigt gråröd, lös massa. Omedelbart ofvan om detta ställe är insidan af kärlet på ungefär ½ cm:s utsträckning upp i den odelade, vertikala grenen djupt ulcererad. Ulcerationen är betäckt af en lös massa, liknande den nyss nämnda, och såväl närmaste omgifning inuti kärlet, som dess adventitia i en icke obetydlig utbredning äro brunrödt färgade. I de från denna gren gående smågrenarna till septum iakttagas inga förändringar. Å den vänstra arterens *horisontala* gren finnes likaledes en stark *förträngning* af kärlet. Denna är belägen *2½ cm.* från grenens början och motsvarar till sitt läge noga den utifrån iakttagbara gränsen mellan vänstra hjärtörat och vänstra förmaket. Väggen är här betydligt förtjockad, kalkhård, och det lumen, som återstår, är knappast tillgängligt för mer än en borstsond. Äfven omedelbart före denna förträngning finnes ett litet sår i kärlväggen.

Den högra kransarteren är redan ½ cm. från dess början betydligt förtjockad och rigid i väggen och motsvarande förträngd. *2½ cm.* från dess ostium, och motsvarande äfven här den yttre iakttagbara gränsen mellan högra hjärtörat och högra förmaket, finnes en nära nog 3 mm. lång, efter alt utseende *fullständigt oblitererande* kalkhård, ringformig förtjockning af väggen. Hvarken vid perifer eller central injektion af arteren med färgad vätska kan nämligen något lumen på förträngningen ådagaläggas. Den perifert därom belägna delen af kärlet, vid uppklippning innehållande något litet mörkt, tunnflytande blod, är endast obetydligt gulfläckig.

Hjärtat, tämligen starkt fettbelagdt; i båda afdelningarna tunnt, mörkfärgadt blod. Hjärtats mått: Bredd i kransfåran öfver basen 9,5 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 9,5 och 9,5 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra kammaren. Högra kammaren obetydligt dilaterad, väggen mäter intill trabeklerna i allmänhet 4 mm., de senare något gröfre än vanligt. Vänstra förmaket stort. Vänstra kammaren betydligt utvidgad och mot spetsen starkt afrundad. På ett något oregelbundet, rundadt område, i utsträckning mätande 5 × 4 cm. är vänstra kammarytan af septum å dettas nedre del, intill spetsen insjunken och de därvarande trabeklerna hopfallna och helt tunna. Stället är smutsigt mörkbrunt färgadt och konsistensen här påfallande lös. Endokardiet däröfver veckadt, mattglänsande. Från främre randen af septum sträcker sig de beskrifna förändringarna 1—2 cm. öfver på tillstötande område af främre kammarväggen samt omfatta spetsen. Kammarens muskulatur intill trabeklerna mäter på ett längs med septum och där-

med parallelt snitt på gränsen mellan öfre och mellersta samt mellersta och nedre tredjedelen respektive 15—14 mm. På det förändrade partiet blott 10 mm. På ett genom randen lagdt snitt på motsvariga ställen 14—14 mm. Trabekler och papillarmuskler i allmänhet ej förstorade, snarare tvärt om; den mediala papillarmuskeln tydligt atrofisk. Vänstra hjärtats valvler och mynningar utan nämnvärda förändringar. A. pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Hjärtmuskulaturen är i högra hjärtat af vanlig konsistens, i vänstra olikformigt fast och slapp. I den högra kammaren ingen tydlig fettinfiltration, muskulaturen tämligen klart gråródbrun. Invid septum baktill ytliga, seniga stråk i muskulaturen. I den *vänstra* kammaren i allmänhet en smutsigt ljus, rödbrun färg. *Svåliga* förändringar anträffas i denna kammare: I bakre väggen, i närheten af och tämligen parallelt med septum utefter hela kammarens höjd och väggens hela tjocklek tämligen täta ehuru ofta afbrutna stråk af senig bindväf, vidare i den mediala papillarmuskeln och tillgränsande del af septum samt vid basen af främre väggen och i vänstra hjärtranden, på de båda sist nämnda ställena dock i form af i allmänhet glesa, oregelbundna stråk, belägna hufvudsakligen i de yttre muskellagren.

Vid genomsnitt af det förut omnämnda, begränsade, insjunkna området å nedre delen af septum (och tillstötande del af främre kammarväggen) befinnes det samma motsvaras af en *uppmjukad härd i muskulaturen*. Härden är genom ett icke obetydligt friskt muskellager skild från högra kammarens lumen och når i v. kammarväggen ej fullständigt ut till perikardium. Snittytan är ökadt fuktig, flammig af smutsigt rödbruna stråk, blodröda strimmor, gula skiftningar och en del ytterst fina, gråhvita trådar. I omgifningen af den något oregelbundna härden en liflig hyperemi och flerestädes små blödningar.

Mikroskopisk undersökning af *härden* visar den samma bestå af en fettig och kornig detritus, utan spår till muskeltrådar, ett mycket fint grofmaskigt bindväfsskelett, fina kärl och mycket brunt pigment. I omgifningen rikligt med hvita och röda blodkroppar. Mikroskopiska undersökningar af hjärtmuskulaturen på öfriga ställen visar i högra kammaren stark brun pigmentering, samt obetydlig kornig grumling, som försvinner vid ättiksyretillsats, men *ingen fettdegeneration.* I vänstra kammaren samma förhållanden med undantag af att den parenkymatösa kornigheten här förefaller starkare.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna förete stark venös blodfyllnad och äro på konvexiteten måttligt seröst infiltrerade. Hjärnan starkt blodprickig, blek, dess sidoventriklar betydligt förstorade med förtjockadt ependym. Högra lungan öfveralt fast förenad med bröstkorg och diafragma, *allmänt lungödem.* Lindrigt atrofisk cyanotisk lefver, lindrigt atrofiska, cyanotiska njurar. Mjälten något förstorad, af ökad fasthet, mörkviolett. Ej hydrops. I magen en riklig mängd odigererad föda.

Fall VII.

V. B. Man med obekant yrke, 68 år. Wien. Plötsligt död i anmälningsrummet för sjukes intagande på Allgemeine Krankenhaus.

»Var bröstlidande». Obduc. 2 dygn efter döden. Af medelstorlek, mager, marastisk.

Aorta. Med undantag af en liten gulhvit flamning i närheten af hvardera mynningen för hjärtats kransarterer samt någon lika färgad förtjockning i bottnarna af sinus Valsalvæ äro ascendens och arcus synbarligen fullt oförändrade. Motsvarande mynningsstället för den oblitererade ductus arteriosus samt tillgränsade område nedom det samma en i omfång ungefär ettörestor, i kärlets tvärdiameter något förlängd, djup, gropig insänkning, utklädd af en tjock kalkskålla. I thoracica descendens små, icke upphöjda, gula fläckar och skiftningar. I bukaorta stark sådan fläckighet och kalkskållor kring de stora kärlmynningarna. Kärlets omkrets strax ofvan valvlerna 7,3 cm., midten af ascendens 7,4; ofvan den gropiga insänkningen vid isthmus 6, efter denna 5,5, strax ofvan cœliaca 5,2 cm.

Andra arterer. De från aortabågen utgående stora stammarna äro endast i sin början förändrade genom dels svagt prominenta broskhårda, hvita fläckar på insidan, dels i väggen inlagrade kalkskållor, motsvarande hvilka senare kärlen förete begränsade utbuktningar. Underarmarnas arterer makroskopiskt oförändrade. Hjärnans basala arterer i hufvudgrenarna lätt diffust förtjockade. Njurarnas och mjältens arterer äro vida och något diffust förtjockade, utan andra märkbara förändringar. Aa. iliacæ, hypogastricæ och nedre extremiteternas arterer omvandlade till starkt rigida, på insidan tätt smågropiga rör. Grenarna till fötterna dessutom starkt förträngda.

Mynningarna för hjärtats kransarterer hafva vanlig vidd.

Den *högra kransarteren* är i hela sitt förlopp, i smågrenarna dock i mindre grad, fläckigt förtjockad, på insidan gulhvita fläckar och flamningar utan någon mera betydande kalkaflagring i dessa. *2 1/2 cm.* från mynningen börjar en 7 mm. lång, af en stark förtjockning i väggen betingad förträngning af kärlet till ungefär dess halfva vidd (förut 10 mm.). På ett litet inskränkt ställe af denna förträngning är lumen ytterligare starkt förminskadt genom en liten, ungefär hampfröstor, hvit, senhård vulst från undre väggen, och på den centrala, åt mynningen till belägna sidan af denna vulst sitter alldeles invid den samma, och med en smal stjälk utgående från undre kärlväggen en ungefär hampfröstor, friskt köttfärgad, mjuk, globulär vegetation, hvilken, fullt fri från kärlväggen i öfrigt, likt en ventil i sin ordning *fullkomligt tilltäpper* det fina lumen, som af den nyss beskrifna starka stenosen ännu lemnats fritt. I omgifningen af detta förträngda ställe är kärlets insida smutsigt brunrödt färgadt och i dess adventitia synes jämte en diffus likadan missfärgning en mängd rödbruna, fina, små kärl.

Den vänstra kransarterens odelade stam är endast några millimeter lång. Den vertikala grenen är från dess början och under 2,5 cm. förlopp omvandlad till ett fullkomligt oeftergifligt, kalkhårdt rör, med i omfång förminskadt, något växlande, stundom endast knappnålsfint lumen. Därefter vidgar sig lumen på en kortare sträcka till ungefär vanlig vidd, men är där starkt fläckigt gul och rigid. Längre ner blir grenen helt tunnväggig och påfallande smal.

Den horisontala grenen af vänstra kransarteren är, i mot de perifera grenarna något aftagande grad, å insidan starkt gulhvitt fläckig och motsvarande rigid i väggen. De mellan de nämnda fläckarna belägna partien af kärlväggen äro påfallande atrofiska. Den utmed vänstra randen af hjärtat förlöpande, från denna arter afgående stora grenen är ifrån dess början och under $1^1/_2$ cm. förlopp omvandlad till ett fullkomligt styft och oeftergifligt rör, hvars diameter i allmänhet har en vanlig fin anatomisk sonds tjocklek. På ett ställe af denna förträngning gör kärlet en starkt knäformig böjning, hvilken förhindrar sondering med mjuk silfversond.

Hjärtat, starkt belagdt med slapt fett, är af något minskad konsistens, och innehåller i båda afdelningarna tämligen mycket mörkt, tunnflytande blod. På ytan synliga kärl slingriga. Hjärtat mäter i bredd öfver basen i kransfåran 9,5 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 8,5 och 8,5 cm. Spetsen bildas af en stor fettklump.

Högra kammaren har ej förstorad volum. Väggen intill trabeklerna mäter i randen upptill 5 mm., nedom midten 3 till 2 mm., åt septum till är väggen upptill något smalare än på motsvarande ställe i randen. Trabekler och papillarmuskler äro något gröfre än vanligt. Under endokardiet öfver ett par trabekler tunna stråk af aflagradt fett. Vänstra förmaket utan anmärkning. Vänstra kammaren till volumen obetydligt förstorad. Dess muskulatur intill trabeklerna mäter å ett invid och parallelt med septum lagdt snitt, å gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 10 mm., å gränsen mellan den mellersta och nedre likaledes 10 m.m. På ett genom vänstra hjärtranden lagdt snitt mäter muskulaturen på motsvariga ställen respektive 13 och 10 mm. Trabekler och papillarmuskler ej hypertrofiska. Aortavalvlerna liksom aortafliken af mitralis endast obetydligt diffust förtjockade; mynningarna i vänstra liksom i högra hjärtat utan anmärkning. A. pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Muskulaturen är i högra kammarens vägg utanför trabeklerna här och hvar, till någon betydenhet dock endast vid basen och spetsen, genomdragen af fina, gula strimmor af interstitielt aflagradt fett. Äfven i ett par trabekler förekomma fina strimmor af aflagradt fett. I ytterväggen af *högra* kammaren några fina, greniga, *svåliga* stråk. Såväl i högra som i vänstra kammaren har muskulaturen i allmänhet en något smutsig, starkt i brunt gående, rödgrå färg, utan den minsta skiftning i gult samt en i allmänhet något skörare konsistens än vanligt.

I *vänstra* kammarväggen baktill och upptill, ej långt från septum och såvidt man kan se, till läget fullkomligt motsvarande ändgrenen af den horisontalt löpande delen af högra kransarteren, ligger i muskulaturen inbäddad en ungefär spansk nöt stor härd af gråhvit, *svålig* bindväf. I det stora centrum af denna härd finnas inga muskeltrådar men väl sådana mot dess periferi, som bildas af i omgifningen utstrålande greniga bindväfsstråk, hvilka å ena sidan på ett tunt trabekellager när, gå ända intill endokardiet och å den andra sträcker sig nästan ända ut till perikardium viscerale. En ärtstor härd, af samma utseende och beskaffenhet som denna, finnes vidare i bakersta delen af

septum, nära spetsen, och som sträcker sig ända in till endokardiet. Vid basen af den främre mediala papillarmuskeln finnes slutligen i muskulaturen ett litet stråligt, senigt parti.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen. *I hela hjärtat* (högra och vänstra kammaren samt septum) en synnerligen stark pigmentering af muskeltrådarna och en som det synes fullkomligt diffust utbredd, parenkymatös kornighet med lika diffust utbredd, började, mycket *finkornig fettdegeneration.*

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten förtjockade, seröst infiltrerade. Hjärnan atrofisk med starkt utvidgade sidoventriklar och i dem förtjockadt ependym.

Högra lungan öfveralt genom lucker bindväf fästad till omgifningarna. Emfysem i vänstra lungan. Ej lungödem. Stark bronkit. Cyanotisk lefver med obetydlig central atrofi och synnerligen rikligt fett i acinis periferier. Cyanotiskt indurerade, ej atrofiska njurar. Mjälten liten, svartviolett, ovanligt lös. Kronisk ventrikelkatarr. Ej hydrops.

Hvad först den för dessa 3 fall gemensamma tillslutningen af högra kransarterens hufvudstam angår, så är det onekligen af ett visst intresse att finna, att den uti alla fallen varit belägen på nästan fullkomligt samma ställe af arteren eller, under för öfrigt något olika utsträckning, alltid börjat $2^1/_2$ cm. från mynningen.[1])

I fallen n:r 5 och n:r 6 har, såsom förut framhållits, obliterationen synbarligen förefunnits sedan en, visserligen icke närmare bestämbar, dock tämligen lång tid tillbaka. För ett sådant förhållande tala nämligen såväl och afgjordt den närmare beskaffenheten af de lokala förändringarna i kärlet, som också förekomsten af äldre svålbildningar i områden af vänstra hjärtmuskulaturen, hvilka enligt erfarenheten oftast försörjas af högra kransarteren. I fallet n:r 7 åter torde det vara tillåtet att antaga, att den, af en liten, tunt stjälkad, organiserad tromb betingade, fullständiga tillslutningen af det tydligen sedan en längre tid tillbaka starkt förträngda lumen, kommit till stånd ganska kort tid före döden. Emellertid talar möjligen befintligheten äfven i detta fall af icke oväsentliga svålbildningar i utbredningsområdet för den högra kransarteren, särskildt i betraktande af att dennas smågrenar voro relatift litet förändrade, för att arteren en gång förut varit på samma ställe mer eller mindre fullständigt obliererad. De lokala förändringarna i kärlet motsäga för öfrigt icke ett sådant antagande, då den därstädes iakttagna senhårda, hvita vulsten

[1]) Jfr i detta hänseende stenosens läge äfven i fall n:r 8.

sannolikt med fullt skäl torde kunna betraktas såsom en organiserad rest efter en på detta ställe en gång förekommen tromb.

I senast afhandlade fall var hjärtmuskulaturen öfveralt finkornigt fettdegenererad. I detta hänseende skiljer sig sålunda detta fall afgjordt från n:r 5, med hvilket det eljes, såväl beträffande befintligheten af starka sklerotiska förändringar äfven i vänstra kransarteren som i andra väsentliga stycken, visar stor öfverensstämmelse, men hvarest hjärtat dock icke företedde spår af fettdegeneration.

Ett särskildt intresse ådrager sig fallet n:r 6 genom den hemorragiska infarkt, som här förefans i hjärtat, och hvilken för sin uppkomst haft att tacka en fullständig och sannolikt helt plötsligt inträdande tilltäppning medelst ateromatös massa af den vänstra kransarterens vertikala gren efter dennas första delning. Att den ateromatösa massan i detta fall härstammat från ett å det vid undersökningstillfället iakttagna, såriga stället strax ofvan tilltäppningen beläget, brustet aterom, synes icke tvifvelaktigt, liksom det icke häller torde vara något tvifvel om, att det område, hvartill myomalacin här visade sig utbredd, noga motsvarade det parti af muskulaturen, hvilket från den tilltäpta artergrenen erhållit sitt blod. Oaktadt denna starka partiela strukturförändring visade dock hjärtmuskulaturen i öfriga delar ingenstädes någon fettdegeneration.

Med detta fall mycket närbeslägtadt är följande.

Fall VIII.

J. B. Tjänsteman, 82 år. Wien. Plötsligt död under natten. Obducerad 2½ dygn efter döden.

Stor, marastisk, nedre extremiteter något ödematöst svullna. Hudfärgen drager obetydligt i gult.

Aorta är starkt förändrad. I sinus Valsalvæ och kring mynningarna af kransartererna upphöjda, broskhårda, gulhvita fläckar; ascendens förlängd och utvidgad, på insidan gulflammig och fläckig. Vid ligamentum arteriosum och i dess närmaste omgifning upphöjda fläckar, en del kalkskållor och ärriga förändringar af intima. I bröstaorta tilltar processen altmer nedåt. Jämte talrika kalkskållor uppträda här skiffergråa ulcerationer med ojämna, trasiga ränder. Kring interkostalartererna mynningar stora, späckigt utseende, broskhårda, gråhvita, upphöjda fläckar, genom hvilka mynningarna dels förträngas, dels äro helt obliterade, så att några ostia ej längre skönjas. I bukaorta samma förändringar. Strax ofvan bifurkationen ett 2-öresstort sår med skiffergrå, trasig botten och trasiga ränder, hvilket trängt ända ut till den förtjockade, skifferfärgade adventitian. Aortas omkrets: strax ofvan valvlerna 7,8 cm., på midten af ascendens 9,3, vid ligamentum arteriosum 6,5, därpå

under 5 cm:s förlopp 7, så återigen 6,5, på midten af bröstaorta 6,2, och strax ofvan coeliaca 6 cm.

Andra arterer: I de från arcus utgående stora stammarna stora, upphöjda, gula, än hela och mjuka, än ulcererade fläckar och små kalkskållor. Aa. radiales på insidan endast här och hvar obetydligt gulfläckiga. Hjärnans basalarterer och deras grenar starkt diffust och fläckigt rigida. Njurartererna och a. lienalis utvidgade, diffust förtjockade med en och annan kalkskålla i de stora stammarna. Crurales och femorales utvidgade, rigida med talrika små utbuktningar, gula fläckar och kalkiga inlagringar. Tibiales rigida med i nedre delarna mycket trånga lumina, några grenar fullt oblitererade.

Mynningen för hjärtats *högra kransarter* är förträngd till hälften af dess vanliga vidd och omgifven af en rigid ring.

Mynningen för den vänstra är obetydligt förträngd, men omgifven af en kalkskålla, som fortsätter in i arterstammen.

Den *högra kransarteren* är på en kort sträcka i början tämligen vid, fläckvis tunn och gråhvit, fläckvis förtjockad af gulhvita, hårda härdar. 2,3 cm. från mynningen börjar en $\frac{1}{2}$ cm. lång, genom kalkhårda, på insidan glatta, prominenser i väggen betingad *förträngning* af kärlets lumen, hvilket här, ehuru ej fullt likformigt i allmänhet ej är vidare än den finaste anatomiska sond. Slutet af denna förträngning sammanfaller med afgångsstället för en utefter h. randen löpande stor gren, som i vidare förloppet endast här och hvar är rigid, men utan förträngningar. Fortsättningen af arteren i bakre kransfåran åter bildar en påfallande smal och tunnväggig liten arter, hvilken icke visar några sklerotiska förändringar och nätt och jämt uppnår bakre längsfåran, utan att med annat än en helt tunn ändgren ett kort stycke sänka sig ner i den samma.

Den *vänstra kransarteren* är alt ifrån början något förträngd och rigid af i väggen inlagrade kalkskållor. Den *vertikala* grenen bildar ifrån början ett af och till starkt förträngdt kalkrör, tils den ungefär på midten är fullkomligt *obturerad*. Obturationen vållas i första hand af starka, delvis kalkhårda prominenser, hvilka förtränga lumen till en fin synåls kaliber, men därjämte är lumen utfyldt af en gröttjock, gulhvit massa, hvilken tydligt härrör från en i stenosens början belägen, ulcererad, liten svulst, ur hvilken vid sakta tryck ytterligare dylik massa framkommer. På andra sidan detta ställe går grenen relatift frisk ned till spetsen, svänger här, afgifvande små grenar, om den samma, löper upp i bakre längsfåran och delar sig ungefär 4 cm. ofvan spetsen i flere ändgrenar, af hvilka en kan i längsfåran följas öfver hjärtats midt. I dessa smågrenar, som äro friska, träffas inga embolier.

Hufvudstammen af den horisontala grenen till vänstra kransarteren är vid, men eljes likt den vertikala gulfläckig och rigid. Den löper i kransfåran tils den i jämnhöjd med bakre längsfåran upplöser sig i ändgrenar, af hvilka en fortsätter ett litet stycke ned i bakre längsfåran, en går öfver på högra kammaren, och en sänker sig in i septum.

En stor från den *horisontala* stammen utgående gren, hvilken löper snedt öfver främre kammarväggen ned mot spetsen af hjärtats vänstra rand och som under detta förlopp afger grenar äfven till baksidan af v.

kammaren, är i sin mynning af en kalkhård ring förträngd till en diameter af den finaste anatomiska sond. Efter ytterligare 3 cm:s förlopp vidtar en ny förträngning, som dock sannolikt under lifvet varit fullt *obturerande*. Efter uppklippning synes nämligen lumen motsvarande detta ställe, visserligen tämligen vidt, men detta är beroende på, att en stor vulstformig härd med grötigt, gulhvitt innehåll därvid blifvit rispad och tömts på en del af dess innehåll.

Hjärtat är starkt fettbelagdt, något slapt. Vänstra såväl som, churu i mindre grad, den högra halfvan innehåller en riklig mängd mörkt, tunnflytande blod. Hjärtat mäter i bredd öfver basen i kransfåran 10 cm.; afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 9,5 och 10 cm. Spetsen bildas ensamt af vänstra kammaren. Högra kammaren något utvidgad, väggen till trabeklerna 3—4 mm., trabeklerna något tjockare än vanligt. Vänstra förmaket något utvidgadt. Vänstra kammaren mycket starkt utvidgad, mot spetsen rundad. Muskulaturen intill trabeklerna mäter å ett parallelt med och invid septum lagdt snitt på gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 14 mm. och på gränsen mellan mellersta och nedre 13 mm., på ett genom randen fördt snitt å motsvariga ställen 15 och 12 mm. Trabekler ej hypertrofiska, papillarmusklerna, särskildt de laterala, se atrofiska ut. Endokardiet öfveralt något litet förtjockadt. Aortavalvlerna något förtjockade, dock ej på något sätt skrumpna, aortas ostium utan anmärkning. I aortafliken af mitralis några krithvita, tunna fläckar. Ostium atrio-ventriculare sinistrum af vanlig vidd. Chordæ ej förkortade. A. pulmonalis och högra hjärtats valvler utan anmärkning.

Muskulaturen är i högra kammaren marmorerad, på grund af talrika, på många ställen in till trabeklerna gående fettstrimmor. I allmänhet har muskulaturen i högra liksom i vänstra hjärtat en grårödbrun färg. I vänstra kammaren är dock den samma på utbredda, under den mikroskopiska undersökningen nedan närmare bestämda områden synnerligen starkt smutsig med för öfrigt tydlig dragning i gult. På dessa ställen är muskulaturen påfallande skör och af något torrare konsistens än vanligt. I *vänstra* kammarens vägg på ett något oregelbundet bältformigt område, hvars öfre gräns löper ungefär på midten af kammaren, den nedre ungefär 1½ cm. ofvanför spetsen, och som med sina ändar räcker nära intill septum (på framsidan ungefär 1 cm. aflägsnad därifrån, på baksidan ännu mindre), är muskulaturen särskildt i den inre hälften af väggen här och hvar genomdragen af fina, *seniga bindväfsstråk*. På ett inom detta bälte liggande, 5-örestort område, hvilket i sig äfven omfattar den stora laterala papillarmuskeln är muskulaturen nästan fullständigt ersatt af en hård senig bindväf. Sist nämnda område når å ena sidan kammarens lumen, hvars endokardium öfver det samma är starkt förtjockadt och lemnar å andra sidan utanför sig ett knapt ½ cm. tjockt muskellager utan svålig förändring. Några fina, greniga, gråhvita bindväfsstråk förekomma äfven uppemot basen bakom vänstra hjärtranden, liksom i självfva spetsen. I den mediala papillarmuskeln lika litet som i septum eller högra hjärtat några svålbildningar.

Mikroskopiska undersökningen af muskulaturen ådagalägger i hela hjärtat en mycket stark pigmentering af de i allmänhet smala muskeltrådarna. I *vänstra* kammaren träffas å de förut såsom missfärgade, sköra och något torra antydda områdena eller, närmare bestämdt, i de nedre ¾ af septum uti ett här till tjockleken något varierande, stundom 10 mm. mäktigt lager, vidare i den intill denna del af septum gränsande, delvis svåligt omvandlade delen af främre kammaren, i ett i utsträckning något växlande, stundom ända till 3 cm. bredt område, dock med undantag af detta partis närmast under perikardium belägna del, samt i baksidan af spetsen följande förändringar: af de synbarligen här i nästan full *sönderfallning* stadda muskeltrådarna synas endast här och hvar några starkt korniga och med små fettkulor bemängda brottstycken. Den öfriga substansen utgöres af en kornig detritusmassa med talrika större och mindre fettkulor samt brunt pigment i måttlig mängd. Med vesuvin eller fuchsin och efterföljande alkoholbehandling erhålles ingen kärnfärgning. Ingen blödning vare sig i det sålunda förändrade området eller i dess periferi. I denna senare träffas muskeltrådarna i allmänhet finkornigt fettdegenererade. På några smärre fläckar i de innersta muskellagren af vänstra kammarens yttervägg, innanför de svåliga stråken i den samma äro muskeltrådarna grofkornigt fettdegenererade. I den laterala papillarmuskeln seniga stråk, starkt atrofiska med pigment och flerestädes af små fettkulor uppfylda muskeltrådar utan någon som hälst tvärstrimning af dessa. På öfriga ställen företer hjärtmuskulaturen, oafsedt den förut nämnda starka pigmenteringen, endast en ringa, vid ättiksyretillsats fullt försvinnande grumling af muskelcellerna.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten af hjärnan något förtjockade. Hjärnan påfallande blek, ödematös, dess sidoventriklar något utvidgade och dess vindlar måttligt atrofiska. Cystides apoplecticæ nuclei lentiform. sin. Vänstra lungan i toppen vidväxt och svåligt indurerad. Senilt lungemfysem. Kronisk bronkit. Senilt atrofiska organ i allmänhet. Hydrops anasarca.

Liksom i fallet n:r 6 träffa vi sålunda äfven här en, genom bristning af ett litet aterom och uttömning af dess innehåll i kärllumen betingad, fullständig och synbarligen raskt inträdd tilltäppning af den vänstra kransarterens vertikala gren ett stycke från dess början. Den omedelbara följden däraf för det genom den afstängda artergrenen försörjda området af hjärtat har också i detta fall blifvit den samma. Äfven här möter oss nämligen en partiel nekros af hjärtat, hvilken icke i något annat hänseende anmärkningsvärdt skiljer sig från den vid n:r 6 iakttagna, än att den här saknar hvarje hemorragisk karakter och utgör en i ordets egentliga mening anemisk nekros.

I den närmaste omgifningen af denna härd voro muskeltrådarna, såsom mycket ofta under dylika omständigheter är

förhållandet, fettdegenererade. Däremot var den öfriga delen af hjärtmuskulaturen, om man nämligen bortser från den kroniska fettdegeneration, som förekom på smärre, begränsade, under vänstra kammarens endokardium och innanför svålbildningarna i väggen belägna fläckar samt i den till stor del svåligt omvandlade laterala papillarmuskeln, fri från fettdegeneration.

En särskild uppmärksamhet torde emellertid i detta fall liksom i det, hvarmed det samma här jämförts, böra skänkas åt de i båda för handen varande mycket väsentliga sklerotiska förändringarna äfven i andra områden af kransartererna, än den nyss afhandlade grenen. Ty frånsedt, att de i hjärtmuskulaturen båda gångerna iakttagna betydande svålarnas förekomst genom dessa kärlförändringar erhåller sin lätta och fullständiga förklaring, torde det icke vara så synnerligen vågadt att uti de genom desamma betingade, betydande hindren för hela blodcirkulationen i hjärtat, och därmed ock för en tillräcklig utveckling af ett kollateralt blodtillflöde till det anemiskt blifna partiet ifrån därtill närgränsande kärlprovinser, se en mycket vigtig faktor till förklaring, hvarför den nekrotiska processen i dessa fall aflupit omedelbart dödligt.

I alla händelser visar följande fall, att en fullständig tillslutning af den vänstra kransarterens vertikala gren, någonting som för öfrigt efter den erfarenhet, som fallen 1—3 skänkt, icke kan synas öfverraskande, kan komma till stånd utan omedelbar fara för lifvet.

Fall IX.

F. B. Apotekareassistent, 68 år. Wien. Påträffad död i sitt hem, liggande på en chaiselongue. På golfvet vid hufvudänden uppkräkt maginnehåll. Hade kommit hem klockan ½ 1 föregående natt. Obducerad $1^1/_2$ dygn efter döden.

Kraftigt bygd, medelmåttigt stark muskulatur, något marastisk, fet.

Aorta. Från och med sinus Valsalvæ till och med arcus tämligen talrika, icke prominenta, gulhvita och svafvelgula fläckar på kärlets insida. I isthmus, fullkomligt motsvarande insertionen för ligamentum arteriosum, finnes en, delvis ulcererad, mer än kärlets halfva omkrets omslutande, bred kalkskålla. Thoracica descendens är företrädesvis på baksidan groft knölig, företeende en och annan mjuk, i allmänhet rundad, ulcererad fläck, utan kalkig inlagring. Däremot äro hela bukaorta och aa. iliacæ starkt kalkiga, omvandlade till rigida rör. På insidan synas mellan kalkskållorna här och hvar såriga ställen. Aortas omkrets: strax ofvan valvlerna 7,5 cm., på midten af ascendens 7,7, motsvarande ringen vid lig. arteriosum 6,5, på midten af descendens 6 och strax ofvan cœliaca 5,7 cm.; bukaorta jämntjock.

Andra arterer: De från arcus utgående stammarna äro på insidan betydligt fläckiga och därjämte starkt ojämna af gulhvita, mjuka prominenser. Dessa förändringar aftaga i de mera perifera grenarna. I aa. radiales och ulnares finnas sålunda på insidan endast här och hvar ett litet gulhvitt streck. Hjärnans både basala och finare arterer diffust förtjockade och fläckigt gulhvita och hårda. Aa. renales äro i de odelade stammarna utvidgade, starkt fläckiga och ojämna, men efter greningen endast obetydligt flammiga; hufvudstammen af a. lienalis är likaledes utvidgad och rigid, men dess grenar utan märkbara förändringar. Från iliacæ fortsätter kalkvandlingen af kärlväggarna öfver på crurales och hypogastricæ. Benens arterer äro hela vägen fullkomligt rigida och grenarna på foten starkt förträngda.

Mynningarna för hjärtats kransarterer äro ej förträngda.

Den *högra arteren* är ända ut i dess följbara finare grenar rigid, af kalkhård konsistens samt ovanligt smal. På flere ställen visar sig dess lumen yttermera starkt förträngdt. Så vidtar strax på andra sidan ostiet en helt kort stenos, betingad af en gulhvit, kalkhård, i lumen starkt prominent ring, och hvars lumen knappast öfverträffar det af en smal knappnål. Därefter finnas flere, på enahanda sätt åstadkomna stenoser såväl i hufvudstammen som särskildt i dess båda stora grenar, den vertikala i bakre längsfåran, och den på vänstra kammaren öfvergående fortsättningen af arteren. En sådan stenos omedelbart före denna arterens sista delning är hårfin, en annan i den vertikala tillåter nätt och jämt en mycket fin anatomisk sond passera.

Den *vänstra kransarteren* är i den odelade stammen vid och obetydligt förändrad. Dess *vertikala* gren är för den yttre besiktningen obetydligt smalare än en gåspenna. Den samma är likväl strax ifrån dess början och under 1 cm:s förlopp *fullt oblitererad* genom förkalkade förändringar i kärlväggen. De grenar utaf den samma, som utbreda sig på nedre delen af främre kammarväggen, äro omvandlade till kalkhårda strängar, i hvilka endast ett helt smalt spriekformigt lumen förefinnes. Den horisontala grenen af vänstra kransarteren är endast här och hvar fläckig och på ett litet begränsadt ställe förkalkad men ingenstädes förträngd, dess finare grenar friska.

Hjärtat är betydligt fettbelagdt, slapt, innehåller i båda halfvorna mörkt, tunnflytande blod. Hjärtat mäter i bredd öfver basen i kransfåran 11 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 10 och drygt 8,5 cm. Spetsen bildas af en stor fettklump, hufvudsakligen tillhörande vänstra kammaren, och hvilken lemnats oberäknad vid förut nämnda måttbestämning.

Högra kammaren är utvidgad, dess vägg intill trabeklerna mycket tunn, ej någorstädes öfver 2 mm. Trabekler och papillarmuskler tunna och smala.

Vänstra förmaket utan förändring. V. kammaren utvidgad, ehuru ej i någon högre grad. Dess muskulatur mäter intill trabeklerna å ett invid och parallelt med septum lagdt snitt, på gränsen mellan dettas öfre och mellersta tredjedel 11 mm. och mellan dess mellersta och nedre tredjedel 10 mm. i tjocklek. På ett genom randen lagdt snitt

å motsvariga ställen 12 och 10 mm. Båda snitten intill nedre tredjedelen tämligen likformigt afsmalnande; spetsen dock mycket atrofisk. Trabekler och papillarmuskler på somliga ställen afgjordt atrofiska. Endokardiet fläckvis, företrädesvis uppemot basen, något förtjockadt. Aortafliken af mitralis endast i den öfre hälften förtjockad, men här ganska betydligt och gulstrimmig. Ingen märkbar förkortning af valvelfliken. Ostium atrio-ventriculare sinistrum utan anmärkning. Aortavalvlerna i deras basala delar något förtjockade, lunulæ dock tunna och valvlerna i öfrigt oförändrade. Aortas ostium utan anmärkning. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Muskulaturen i högra kammarväggen utanför trabeklerna är öfveralt genomdragen af gula fettstrimmor. Trabeklerna och papillarmusklerna åter hafva en grårödbrun färg utan gulskiftning. I spetsen af *högra* kammaren några smala, *seniga bindväfsstråk.* I *vänstra* kammaren är likaledes muskulaturen i spetsen ej obetydligt gulstrimmig utaf fettstråk, som stå i omedelbart samband med det på ytan rikligt aflagrade fettet. I allmänhet har muskulaturen i vänstra kammaren en något smutsigt grårödbrun färg och skör konsistens. I det mot kammarens lumen vettande inre lagret af väggen är den dock betydligt fastare och företer i ungefär följande utsträckning *svålartade* förändringar: I ett stort område, omfattande i det närmaste hela v. kammarens bakre vägg, i främre väggen dels i öfre delen, inemot septum, dels och rikligare vid spetsen samt i största delen af septum. I bakre väggen bildas svålarna af talrika, greniga, här och hvar, på ett par ställen till hasselnöts- och ärtstora härdar tillsvällande stråk af senig, gråhvit bindväf, och i septum af ett par ärtstora härdar med talrika finare och gröfre stråk, utstrålande i omgifningen. Samtliga bindväfsförändringarna nå endast sällan ända in till endokardiet utan äro på de flesta ställen skilda därifrån af ett tunt muskellager, och af och till gå oregelbundna stråk ut till de yttersta muskellagren.

Mikroskopisk undersökning af hjärtmuskulaturen. I högra kammaren äro muskeltrådarna mellan fettstrimmorna i allmänhet finkornigt fettdegenererade; trabekler och papillarmuskler åter fullständigt fria från fettdegeneration. I vänstra kammaren förekommer en storkornig fettdegeneration endast i en del, oftast atrofiska muskeltrådar, belägna emellan och i närmaste omgifningen af de svåliga härdarna i spetsen och där sådana för öfrigt förekomma. I öfrigt är hjärtmuskulaturen starkt pigmenterad och öfveralt parenkymatöst kornig.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: De mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten starkt förtjockade och seröst infiltrerade. Hjärnvindlarna atrofiska, sidoventriklarna något utvidgade, hjärnsubstansen ödematös. Ej lungödem. Hepatitis *syphilitica* interstitialis, cholelithiasis. Något atrofiska njurar. Mjälten blodrik, af vanlig storlek, slapp och skör. I magsäcken omkring 200 gram odigererad föda.

I detta fall hade sålunda den vertikala grenen af vänstra kransarteren strax i dennas början sedan en sannolikt ganska lång tid tillbaka varit fullt obliturerad. Visserligen torde det icke med någon säkerhet kunna afgöras, på hvad sätt eller med

hvilken grad af hastighet obliterationen här en gång utvecklat sig. Att den samma dock varit af en djupt ingripande betydelse på det genom arteren försörjda området af hjärtat, därom vittna de i septum och hjärtspetsen befintliga svåliga förändringarna, hvilka efter alt utseende haft en nekrotisk process att tacka för sin uppkomst.

Äfven i detta fall företedde visserligen den högra kransarteren betydliga förändringar, om också den möjligheten alltid föreligger, att de samma kommit till utveckling under en senare tidsperiod än den, hvarunder den nyss i fråga varande obliterationen egde rum. Den vänstra kransarterens horisontala gren var dock här endast obetydligt sklerotisk, och därigenom sannolikt i stånd att åtminstone i någon mon öfvertaga den tilltäpta grenens funktioner.

Muskulaturen företedde i dessa fall en finkornig fettdegeneration endast emellan de talrika fettstråken i högra kammarens vägg samt en grofkornig sådan i en del muskeltrådar inuti och i närmaste omgifningen af de svåliga ställena, hvilka områden sålunda antagligen måste anses såsom företrädesvis, och de sist nämnda sedan mer eller mindre lång tid tillbaka, otillräckligt nutrierade.

I följande fall åter var ingen af kransarterernas hufvudstammar fullständigt oblitererad. Den högra arteren befans emellertid ut i dess finaste följbara grenar vara starkt förändrad, och den vänstra företedde i båda hufvudstammarna synnerligen fina stenoser. I den, såsom synes, på grund af svålbildningar partielt något hypertrofiska vänstra kammarens trabekler träffades i detta fall vid den mikroskopiska undersökningen endast i en och annan muskeltråd en grofkornig fettdegeneration, under det att hjärtat i öfrigt visade sig fritt från denna förändring.

Fall X.

A. W. Telegrafinspektör, 68 år. Wien. Störtade död i portgången till det hus, han bebodde, då han synbarligen fullt frisk återvände hem från en promenad. Obducerad 2½ dygn efter döden. Medelstor, godt hull.

Aorta företer endast obetydliga förändringar. Kärlets omkrets: strax ofvan valvlerna 8 cm., på midten af ascendens 9, i isthmus 7, utan efterföljande utvidgning småningom afsmalnande till 6,5—6 (ofvan cœliacas afgång). I sinus Valsalvæ och trakten närmast däröfver en tämligen betydande, gulhvit fläckighet af intima utan upphöjningar och utan kalk. I ascendens och arcus för öfrigt endast obetydliga gulaktiga

flamningar i intima. Vid ligamentum arteriosum ett par kalkskållor, intresserande intima och media. I aorta descendens några spridda, obetydligt upphöjda, gulhvita fläckar å insidan. Mynningen till art. cœliaca är ansenligt förträngd genom rundtom densamma lagrade benhårda, ojämna krustationer.

Andra arterer: De från arcus utgående stora kärlstammarnas intima endast helt obetydligt gulflammig. Hjärnans arterer diffust förtjockade och på några ställen i de större stammarna gulfläckiga och mer rigida. Aa. radiales förete en och annan gul strimma inuti kärlen; i cœliaca talrika, utbredda, delvis kalkhårda, upphöjda, gulhvita fläckar; i a. lienalis några kalkskållor med någon dessa motsvarande förträngning samt utvidgning af mellanliggande kärlpartier. Aa. renales äro i något ökad grad diffust styfva i väggarna utan andra påfallande förändringar. Aa. tibiales förhålla sig på samma sätt som aa. radiales.

Mynningarna af hjärtats kransarterer icke förträngda, af vanlig vidd.

Högra kransarteren är i hela dess utbredning (dess synbara slutgrenar nå vänstra hjärtranden) af ungefär vanlig vidd, men sedd från insidan i hög grad förändrad af synnerligen tätt vid hvarandra belägna, delvis konfluerande, hvitgula och hvita, något upphöjda, delvis mjuka, delvis kalkhårda fläckar. I den odelade stammen af *vänstra kransarteren* likadana fläckar, och dessutom omedelbart före dess delning i den vertikala och horisontala grenen en ärtstor, nästan intill adventitian gående substansförlust med ojämna ränder och med af smutsiga, rödbruna slamsor beklädd botten. Från och med det ställe, där den vertikala grenen för första gången gaffelformigt delar sig, är denna, eller rättare dess mot spetsen löpande fortsättning, så långt den samma kan följas, omvandlad i ett fullkomligt oeftergifligt, kalkhårdt, gulhvitt rör, hvars lumen är helt trångt, med här och hvar förekommande ytterligare förträngningar, hvilka nätt och jämt tillåta en tagelsond fritt passera. Den vid delningsstället åt vänster och mot vänstra randen gående grenen är endast obetydligt fläckig. Den horisontala grenen af vänstra kransarteren förtränges strax vid dess början af enahanda orsak som i den förra grenen och bildar sålunda under en sträcka af ungefär 2 cm. en nästan hårfin kanal, genom hvilken man endast med svårighet kan med spruta pressa någon vätska. Ett par från detta område nedåt gående smågrenar äro fullt obliPererade. I vidare förloppet af arteren obetydlig fläckighet.

Hjärtat liksom hjärtsäcken synnerligen starkt fettbelagda. Hjärtat slapt. I båda dess afdelningar mörkt tunnflytande blod. Hjärtat mäter: i bredd öfver basen i kransfåran 12 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till art. pulmonalis till respektive kammares spetsar 10 och 9,2 cm. Spetsen starkt fettbelagd, bildas till en del af högra kammaren. Den senare är vidare än vanligt, mäter i den af fett starkt genomdragna muskulaturen intill trabeklerna upptill 5, nedtill i allmänhet 4—3 mm. Trabeklerna något hypertrofiska. Under endokardiet utbredda, tunna fettlager. Vänstra förmaket saknar hjärtöra. På det senares vanliga plats sitter en bredt stjälkad, hjärtörats form tämligen noga återgifvande, till det yttre af fett bestående bildning.

Dennas genomskärning ådagalägger i det inre ett smalt, oregelbundet af rödbrun tunn vätska, utfyldt lumen, beklädt med endotel och omgifvet af ett tunt muskellager, utanpå hvilket följer ett tjockt lager fett. Endokardiet är i förmaket senigt förtjockadt. Motsvarande det vanliga stället för ingången till hjärtörat en gulaktig strimmighet och fläckig förtjockning. Vänstra hjärtkammaren är utvidgad och oregelbundet tjock i väggarna. På yttre sidan uppemot basen mäter väggen sålunda intill trabeklerna 15 mm. Ungefär på midten endast 10, ännu hastigare afsmalnande mot spetsen. Samma mått fås på ett genom randen lagdt snitt, på gränsen mellan öfre och mellersta samt mellersta och nedre tredjedelen däraf. På ett parallelt med septum och strax därinvid lagdt snitt utfalla måtten på motsvariga ställen 12 och 12 mm., men äfven å detta snitt förekomma oregelbundenheter i tjockleken. Trabeklerna något voluminösare än vanligt. Endokardiet i allmänhet diffust senigt gråhvitt. Vänstra kammarens valvler obetydligt fläckigt förtjockade utan någon skrumpning. Ostia oförändrade. A. pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat utan förändring.

Hjärtmuskulaturen i högra kammaren är, som sagdt, starkt genomdragen af fettstråk. Sådana förekomma också i *vänstra* kammarens yttre lager, utan att dock här annat än vid spetsen, där de utgöra en väsentlig del af väggen, vara mera betydande. Muskulaturen är för öfrigt i allmänhet slapp och skör, och har en grårödbrun färg, hvilken fläckvis är starkare och svagare smutsig. Samtliga papillarmuskler i vänstra kammaren äro i yttersta topparna svåligt indurerade. I den basala delen af främre kammarväggen nästan i hela dess tjocklek talrika, tämligen glesa, gråhvita, *seniga bindväfsstråk*. Sådana finnas äfven talrikare och tätare ned på främre kammarväggen, samt i randen och något bakom denna. I septum åter upptäckas inga svålbildningar.

Mikroskopisk undersökning af hjärtmuskulaturen. I hela hjärtat en stark kornig grumling, hvilken i allmänhet och i hela högra hjärtat försvinner vid ättiksyretillsats. I en och annan trabekel i vänstra kammaren träffas, ehuru ganska sparsamt, här och hvar en fettdegenererad tråd med i allmänhet stora fettkorn. Dessutom i båda kamrarna en stark pigmentering.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna venöst blodfylda och seröst infiltrerade. Hjärnan ödematös, dess sidoventriklar något utvidgade. Svålig induration af vänstra lungspetsen. Intet lungödem. Cyanotisk lefver med mikroskopiskt påvisbar, obetydlig atrofi i centra af acini. Indurerade cyanotiska njurar utan atrofi. Mjälten, dubbelt så stor som vanligt, fast, mycket blodrik, förtjockad kapsel. Kronisk ventrikelkatarr. Ej hydrops. Odigereradt innehåll i magsäcken.

Fall af senast anförda slag synas vara långt ifrån sällsynta. Åtminstone räknar jag bland mina iakttagelser från Wien förutom det nu anförda fallet och tvänne andra, som med det samma äro nästan fullt identiska, dessutom 2:ne, hvilka visserligen äro komplicerade med aortavalvelinsufficiens samt förete en något mera betydande fettdegeneration i vänstra kammarens

trabekler och papillarmuskler, men där dock den närmaste orsaken till hjärtparalysin med största sannolikhet är att söka uti de starka, flerestädes till betydliga stenoser utbildade, sklerotiska förändringarna i kranskärlen.

Jag kommer så slutligen till skärskådandet af en liten grupp på 3:ne fall (n:r 11—13), hvilka onekligen med hänsyn till formen för de arteriosklerotiska förändringarnas uppträdande i kransartererna icke oväsentligt skilja sig från de hittils anförda.

Fall XI.

E. B. Industriidkare, 30 år. Wien. Nyss hemkommen från en längre resa, plötsligt död efter kort förut intagen måltid. Förmodad syfilis. Obducerad 1½ dygn efter döden.

Medelstor, kraftigt bygd, godt hull.

Aorta företer endast obetydliga förändringar. I sinus Valsalvæ, och företrädesvis vid deras öfre gräns, förekomma en del helt obetydliga mjuka, svagt gulhvita, något upphöjda, endast intima intresserande, punktformiga fläckar. Därförutom är ascendens och i likhet därmed arcus fria. I isthmus, dels motsvarande, dels något nedom inmynningen för den oblitererade ductus arteriosus, är kärlet på undre väggen liksom åtsnörpt, och där förekomma några gyttrade, gulhvita, mjuka, upphöjda fläckar. I aorta thoracica förekomma på bakre väggen tvänne längsgående, med hvarandra nästan parallela, och af små punkter, lika dem från sinus iakttagna, sammansatta, smala band, omfattande hvar sin rad af interkostalarterernas mynningar. I bukaorta äro dessa något talrikare och mera gyttrade. Aortas omkrets omedelbart öfver valvlerna 7 på midten af arcus 7, strax efter subclavia sin. 6,4, något nedom mynningen för ductus arteriosus 5,5, strax därpå 5,7 och småningom afsmalnande tils i jämnhöjd med cœliaca, där kärlet mäter 5,2 cm.

Andra arterer: I halskärlen och subclaviæ strödda, mjuka, gulhvita fläckar, intresserande ensamt intima. A. basilaris och dess grenar utan förändringar. Aa. cerebri mediæ på flere ställen, med tämligen stora distanser, förträngda af i väggen befintliga, gulhvita, senigt fasta, aflånga inlagringar. Bukarterernas hufvudstammar endast i början obetydligt gulaktigt flammiga, i de finare grenarna af de samma oförändrade. Extremiteternas perifera arterer fingo ej tagas.

Mynningarna af hjärtats kransarterer äro omgifna af en del svagt gulaktiga, upphöjda, punktformiga fläckar, sådana som ofvan beskrifvits, men äro ej anmärkningsvärdt förträngda.

Båda kransartererna äro strax ifrån deras början och så långt deras grenar kunna följas i muskulaturen, den vänstra måhända ännu något mer än den högra, på stora sträckor, som oftast omfatta kärlens hela omkrets starkt förtjockade, gulhvita och flerestädes förkalkade samt motsvarande dessa förändringar i hög grad förträngda. Emellan

sådana partier komma här och hvar, företrädesvis i de större grenarna, smärre fläckar, där insidan af kärlet ser relatift oförändrad ut, och där dess lumen är något vidare.

Hjärtat, utan abnorm fettbeläggning, slapt, i högra halfvan mörkt, flytande blod och lösa fibrinkoagler, i det vänstra obetydligt mörkt, flytande blod. Hjärtats mått: bredd öfver basen i kransfåran 9 cm., längd från högra och vänstra randen af roten till art. pulmonalis resp. 8,5 och 9 cm. Spetsen bildas ensamt af v. kammaren. Högra kammaren är af vanlig rymd; muskulaturen öfverskrider ingenstädes 3 mm. intill trabeklerna, varierande mellan 2—3. Vänstra förmaket af vanlig vidd. Vänstra kammaren mot spetsen rundad. Muskulaturen mäter intill trabeklerna på ett snitt, parallelt med och invid septum, på gränsen mellan snittets öfre och mellersta tredjedel 12, mellan mellersta och nedre 10 mm., och aftunnar starkt mot spetsen. På ett genom hjärtats vänstra rand lagdt snitt fås på motsvariga ställen samma mått. Trabekler och papillarmuskler ej hypertrofiska. Endokardiet ej förtjockadt. Aortafliken af mitralis och de nedre partien af aortavalvlerna helt obetydligt fläckigt förtjockade. Vänstra hjärtats ostia utan anmärkning. Pulmonalisvalvlerna, tricuspidalis och arteria pulmonalis friska. Hjärtmuskulaturen smutsigt rödbrun, seg. I vänstra kammarväggen, särskildt mot spetsen, ett och annat isoleradt, senigt bindväfsstråk.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen. Synnerligen stark pigmentering och utbredd parenkymatös grumling uti de i allmänhet smala muskeltrådarna; *ingenstädes* i hela hjärtat någon *fettdegeneration.*

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Hårda hjärnhinnan förtjockad och synnerligen fast förenad med skallen. Mjuka hjärnhinnorna förtjockade, starkt seröst infiltrerade. Hjärnan blek, tämligen starkt ödematös. Måttligt starkt *lungödem.* Njurar, mjälte och lefver mycket blodrika utan kroniska förändringar. Ej hydrops. I magen en riklig mängd odigererad föda.

Fall XII.

M. L. Arbetarehustru, 62 år. Wien. Efter att under hela dagens lopp ha varit frisk och i arbete, kände hon sig på kvällen hastigt illamående och klagade öfver andtäppa. Inom kort rosslande ljud från bröstet och död. Obducerad 2½ dygn efter döden.

Af medelstorlek, mycket fet.

Aorta. I bottnarna af sinus Valsalvæ och strax ofvan aortavalvlerna en obetydlig hvitgul fläckighet, i öfrigt ascendens utan påfallande förändringar. I arcus åter börjar och fortsätter därefter genom hela aorta ned till bifurkationen en höggradig ateromatös process i form af talrika och konfluerande, upphöjda, mjuka, mycket ulcererade, gula fläckar med obetydlig kalkaflagring. I iliacæ upphöra småningom dess förändringar. Kärlets omkrets: omedelbart ofvan klaffarna 6,8 cm., på midten af arcus 7,8, i isthmus 5,8, strax därefter 6 cm. hela bröstaorta igenom. Bukaorta utvidgad.

Andra arterer. De stora hals- och öfre extremitetsartererna sparsamt mjukt gulfläckiga. Hjärnans större arterer och flere dess grenar

starkt diffust rigida. Benens arterer förete i grenarna till fötterna några gulaktiga, knappnålshufvudstora, mjuka fläckar. Aa. radiales, renales och a. lienalis utan förändringar.

Mynningarna af hjärtats kransarterer utan anmärkning.

Kransartererna, af ungefär vanlig vidd, men båda ända ut i deras finaste, i muskulaturen följbara förgreningar, i ungefär lika hög grad, mycket starkt gulhvitt fläckiga, och på många ställen företeende en betydande rigiditet.

Hjärtat. Måttlig fettbeläggning; tämligen fast konsistens; i båda afdelningarna mörkt, tunnflytande blod; spetsen bildas uteslutande af vänstra hjärtkammaren. Hjärtats mått: bredd öfver basen i kransfåran 10 cm., afstånden från högra och vänstra randen af roten till art. pulmonalis till respektive kammares spetsar 8,5 och 9,5 cm. Högra kammaren är af vanlig rymd och tjocklek af muskulaturen, utan fettinfiltration i den senare. V. förmaket utan anmärkning. V. kammaren tämligen starkt dilaterad, mot spetsen starkt rundad. Dess muskulatur på ett med septum parallelt och invid det samma lagdt snitt, vid gränsen för öfre och mellersta samt mellersta och nedre tredjedelen respektive 16 och 13 mm. Endokardiet i vänstra kammaren upptill något förtjockadt. Valvlerna i vänstra hjärtat obetydligt fläckigt förtjockade, fullt funktionsdugliga. Ostia utan anmärkning. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska. Hjärtmuskulaturen tämligen fast, af en ljust, något daskig, brunröd färg.

Mikroskopisk undersökning af den samma. Här och hvar, särskildt i de inre muskellagren af vänstra kammaren en fin kornighet, som försvinner vid ättiksyretillsats; öfveralt en synnerligen stark pigmentering, men *ingenstädes någon fettdegeneration* af muskeltrådarna.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Mjuka hjärnhinnorna på konvexiteten något förtjockade, seröst infiltrerade. Hjärnan blek, ödematös, dess sidoventriklar tämligen starkt utvidgade. Något senilt atrofiska organ. Starkt *lungödem.* Ej hydrops.

Fall XIII.

E. R. Juris doktor, 39 år. Wien. Hemkommen från en promenad, synbarligen fullt frisk, kände han sig plötsligt illamående och afled efter några ögonblick. Skall ständigt haft god hälsa, endast då och då lidit af kongestioner åt hufvudet. Alkoholmissbruk. Obducerad 1½ dygn efter döden. Af medelstorlek, starkt bygd, fet.

Aorta. Vid öfre gränsen af sinus Valsalvæ, och omfattande coronarostia, ett ungefär 1 cm. bredt, cirkulärt bälte, bestående af talrika, tätt stående, delvis konfluenta, knappnålshufvudstora och något större, mjuka fläckar af i allmänhet krithvit, endast här och hvar något i gult gående färg samt tydligt höjda öfver kärlytans nivå. Något snedt öfver den vänstra aortavalveln, och sammanhängande med det förut omtalta bältet ett 5 öresstort område, likaledes öfversålladt af dylika hvita, här i allmänhet något större, skarpt rundade och upphöjda små fläckar. En och annan sådan fläck i det vidare förloppet af ascendens. I arcus

flere 10 öres stora, rundade fläckar med hvita, vallformigt upphöjda ränder och insänkta, ljust gråröda centra. Vid inmynningen för den oblitererade ductus arteriosus ett cirkulärt om kärlet gående och det, samma därigenom något förträngande bälte, sammansatt af 3:ne breda, starkt upphöjda, broskhårda, späckigt utseende, gråhvita fläckar. I aorta thoracica, hufvudsakligen i kärlets längdriktning stälda, talrika till 6 mm. breda, delvis gulaktiga, delvis grågelatinösa, upphöjda fläckar. I bukaorta stora oregelbundna likartade ojämnheter. En del af de beskrifna förändringarna intressera endast intima (så de små fläckarna i ascendens och arcus), andra både intima och media. Aorta ej utvidgad.

Andra arterer: I hufvudstammarna från arcus aortæ längsgående mjuka, gulhvita strimmor. Aa. radiales oförändrade. Såväl i hjärnans basalarterer som finare grenar från dessa i hinnorna och inuti hjärnan spridda, större och mindre, i de större grenarna ända till ärtstora, flacka, gulhvita, broskhårda fläckar, motsvarande hvilka kärlen i allmänhet förete tillsnörningar. Njurarnas och mjältens liksom de nedre extremiteternas arterer oförändrade.

Mynningarna af hjärtats kransarterer äro genom talrika, omkring dem grupperade, små, upphöjda fläckar något förträngda.

Kransartererna. Båda äro ända ut i de finaste, i muskulaturen följbara grenarna synnerligen starkt gulhvitt fläckiga och i motsvarande mon styfva i väggen. Här och hvar hafva i fläckarna en tydlig förkalkning börjat, men i allmänhet hafva dessa en broskhård konsistens. Artererna äro under hela deras förlopp ingenstädes nämnvärdt förträngda, och på de mellan de gulhvita, hårda fläckarna sparsamt belägna små områdena förefaller kärlväggen atrofisk och är pochelikt något utbuktad.

Hjärtat liksom hjärtsäcken äro tämligen starkt fettbelagda; hjärtat slapt; i båda afdelningarna mörkt, tunnflytande blod. Hjärtats mått: bredd i kransfåran öfver basen 11 cm. Afstånden från högra och vänstra randen af roten till arteria pulmonalis till respektive kammares spetsar 10,8 och 10 cm. Spetsen bildas af både högra och vänstra kammaren. Högra kammaren utvidgad, dess muskulatur mäter från fettlagret till trabeklerna upptill 4 mm., något afsmalnande mot spetsen. Trabeklerna något hypertrofiska. Vänstra förmaket utvidgadt. Vänstra kammaren utvidgad, spetsen rundad. Dess muskulatur mäter till trabeklerna på ett invid septum och parallelt därmed lagdt snitt, på gränsen mellan öfre och mellersta tredjedelen af det samma 14 mm. samt på gränsen af mellersta och nedre tredjedelen drygt 12 mm.; på ett genom vänstra randen fördt snitt på motsvarande ställen 15 och 13 mm. Endokardium förtjockadt å papillarmusklernas toppar. Aortavalvlerna endast i de basala partien obetydligt förtjockade; aortaostium oförändradt. Å aortafliken af bicuspidalis ett par smärre något rigida, gulhvita fläckar. Vänstra ostium atrio-ventriculare af vanlig vidd. Arteria pulmonalis och valvlerna i högra hjärtat friska.

Hjärtmuskulaturen är i båda afdelningarna slapp och skör, af en smutsigt gråröd färg med tydligt dragning i brunt. I högra kammarens yttre lager finnas gula strimmor af fett, hvilka dock endast mot spetsen utgöra någon väsentligare del af väggen. I vänstra kammarens stora

papillarmuskler finnas i topparna några seniga stråk. Eljes inga svålbildningar i hjärtat.

Mikroskopisk undersökning af muskulaturen. En allmän parenkymatös kornighet i muskeltrådarna samt allmän, stark, brun pigmentering af de samma. I högra kammaren förekommer endast i en och annan tråd af de yttre lagren mellan fettstråken en ytterst finkornig fettdegeneration. I vänstra kammaren åter förete endast papillarmusklerna här och hvar en början de finkornig sådan degeneration.

Öfriga anmärkningsvärda förhållanden: Stark förtjockning af de mjuka hjärnhinnorna, hvilka dessutom äro måttligt seröst infiltrerade. Hjärnan rikt blodprickig, något ödematös, dess sidoventriklar lindrigt utvidgade. Vänstra lungan öfveralt fast förenad med omgifningen. Båda lungorna synnerligen blodrika. Ej lungödem. Fettlefver med mikroskopiskt påvisbar, obetydlig atrofi af acinis centra. Förstorade, cyanotiskt indurerade njurar. Mjälten tämligen stor, fast, rödbrun. Ej hydrops.

I det första (n:r 11) af dessa fall voro sålunda båda kransartererna ända ut i deras finaste, i muskulaturen följbara, grenar starkt sklerotiskt förändrade och samtidigt därmed allmänt förträngda. Några partiela stenoser eller obliterationer, sådana som i de föregående fallen iakttagits, förekommo emellertid lika litet i detta fall som i något af de båda följande. I dessa senare voro artererna icke ens allmänt förträngda, dock båda, i likhet med hvad förhållandet var i det första, ända ut i de finare muskelgrenarna starkt sklerotiska. Särskildt i det sista fallet var dessutom en atrofi af de, mellan de rigida områdena liggande fläckarna af kärlväggen påfallande.

I det ena som det andra af dessa 3:ne fall förefalla onekligen de för handen varande kärlförändringarna relatift ringa i jämförelse med dem, hvilka vi förut lärt känna. Och dock måste de med hänsyn till sin betydelse i och för åstadkommande af hjärtparalysi, enligt alt utseende, betraktas såsom med de olika formerna af de senare likställiga. Förklaringen till detta förhållande synes mig åter icke gärna kunna sökas uti någon annan omständighet än i den betydande förminskning, ja delvis förlust af elasticitet och kontraktilitet hos hjärtats *hela* arteriela system, hvilken med dess lätt insedda konsekvenser, måste blifva den omedelbara följden af en, äfven till de finare grenarna af detta system utbredd arterioskleros, sådan som den samma i dessa fall uppträdde.

Hjärtmuskulaturen, i de båda första af dessa fall, fullt fri från fettdegeneration, företedde endast i det sista en finkornig

sådan mellan fettstrimmorna i högra kammarväggen och vänstra kammarens papillarmuskler.

Blicka vi härefter tillbaka på hvad de nu anförda 13 fallen lära, med hänsyn till den fråga, hvilken de varit ämnade att framför alt belysa, eller frågan om förekomsten af *fettdegeneration* i hjärtmuskulaturen vid sådana fall af plötsligt inträffad hjärtparalysi, uti hvilka paralysin efter alt utseende betingats af en, med valvulära eller andra självständiga förändringar i hjärtat okomplicerad arterioskleros i kransartererna eller vid deras mynningar, finna vi följande.

1. I fyra fall (3, 5, 11, 12) af 13 har såväl fettdegeneration som nekrotisk uppmjukning af hjärtmuskulaturen fullständigt saknats.
2. I två fall (6, 8) af myomalacia cordis har muskulaturen endast den ena gången, och då blott i närmaste omgifning af det uppmjukade området, företett någon fettdegeneration.
3. I två fall (2, 10) hafva enstaka trabekler i vänstra kammaren, och i det ena af dem dessutom den ena papillarmuskeln i samma afdelning af hjärtat visat en, i båda fallen grofkornig fettdegeneration.
4. Tre gånger (1, 9, 13) har i den utanför trabeklerna belägna delen af högra kammarväggen, emellan därstädes befintliga stråk af interstitielt aflagradt fett, iakttagits en finkornig fettdegeneration, under det att samtidigt 2 gånger smärre, intill på annat sätt förändrade partier i vänstra kammarens muskulatur gränsande områden företett i fråga varande degeneration, och den tredje gången (13) vänstra kammarens papillarmuskler varit finkornigt fettdegenererade.
5. Endast 2:ne gånger (4, 7) af 13 fall slutligen har hjärtmuskulaturen varit i någon större eller allmännare utbredning fettdegenererad. I det ena af dessa fall var nämligen degenerationen utbredd till hela området för den vänstra kransarterens förgrening, och i det andra intresserade den samma i en mycket finkornig form hela hjärtat.

Det torde häraf framgå, att fettdegeneration af hjärtmuskulaturen i fall af här i fråga varande slag endast relatift ganska sällan förekommer i sådan utbredning och styrka, att

det kan vara tillåtet att betrakta den samma såsom den närmaste orsaken till hjärtparalysin [1]).

Men uti hvilken eller hvilka förändringar i hjärtat har man då väl att i motsatta fall söka den närmaste anledningen till denna senare?

Svaret på denna fråga är långt ifrån att alltid vara lätt att afgifva och erbjuder vanligen synnerligen stora svårigheter, då det gäller att lemna en nöjaktig förklaring för paralysins inträde just i det tidsmoment, med hvilket den samma varit förbunden.

Relatift lätt att till dess orsak fatta synes onekligen hjärtparalysin vara i de fall, uti hvilka en mer eller mindre utbredd anemisk nekros anträffas i hjärtat. Erfarenheten talar dock för, att, såsom jag också en gång förut varit i tillfälle att framhålla, dylika nekroser i det öfvervägande flertalet fall »gå till läkning», och att den förlust af muskelsubstans, som hjärtat genom en sådan nekros lidit, icke sällan ersättes genom en vikarierande muskelhypertrofi. Hjärtparalysins inträde i dessa fall är sålunda påtagligen beroende af andra omständigheter än den nekrotiska processen i och för sig. En sådan, i en del fall sannolikt mycket verksam omständighet, bestående uti befintligheten af, med nekrosens uppträdande samtidiga, väsentliga hinder för blodcirkulationen i *öfriga* delar af hjärtat, har jag redan betonat på tal om de 2:ne fall af myomalacia cordis, hvilka jag ofvan meddelat. Af andra sådana omständigheter, hvilka i ett gifvet fall sannolikt kunna göra sig gällande, kan jag af egen erfarenhet endast framhålla, hurusom, särskildt under de omständigheter att nekrosen intresserar ett större område af hjärtat, faran för en inträdande hjärtparalysi synes stå i ett direkt förhållande till den hastighet, hvarmed de kärlförändringar, genom hvilka nekrosen framkallats, kommit till utveckling.

I det stora flertalet fall åter, uti hvilka hvarken någon fettdegeneration i anmärkningsvärd grad eller några nekrotiska förändringar kunna påvisas i hjärtat, och i hvilka, såsom oftast är händelsen, kransartererna dessutom endast erbjuda synbar-

---

[1]) I de 2:ne ofvan meddelade fall, uti hvilka antagandet af ett sådant orsaksförhållande möjligen kan synas berättigadt, var fettdegenerationen synbarligen beroende på så betydande och så beskaffade hinder för blodcirkulationen i hjärtat, att det, åtminstone i ena fallet (n:r 4), knappast kunnat öfverraska, om man i fettdegenerationens ställe skulle träffat utpreglade nekrotiska förändringar i hjärtat.

ligen sedan längre tid tillbaka bestående förändringar, måste det erkännas, att man i de anatomiska förhållandena i hjärtat trängt taget saknar den sista länken i bevisningskedjan för att hjärtparalysin i självfva verket betingats af de arteriela förändringarna.

Och dock visar erfarenheten, att de former, i hvilka kransartersklerosen under dessa förhållanden är i stånd att helt plötsligt åvägabringa en förlamning af hjärtat, äro både många och växlande. Jag måste dock nöja mig med att här framhålla det *gemensamma* hos dem alla, nämligen åstadkommandet af på *utbredda* områden af hjärtat återverkande *hinder för cirkulationen* i detta organs egna kärl.

Flere af de fall, jag ofvan meddelat, såväl som många sådana i den i literaturen befintliga kasuistiken, erbjuda mycket intressanta synpunkter, med hänsyn till frågan om den fysiologiska betydelsen af mer och mindre omfattande *afbrott* i blodcirkulationen i hjärtats kransarterer. Detta intresse kan endast ökas därigenom, att flere af de bilder, vi här mötas, synbarligen äro egnade att uppväcka något tvifvel om den fulla tillämpligheten inom den mänskliga patologien utaf de, i vigtiga hänseenden öfverensstämmande fysiologiska experiment, hvilka äro förbundna med namnen v. BEZOLD[1]), SAMUELSON[2]), COHNHEIM och v. SCHULTHESS-RECHBERG[3]), SÉE, BOCHEFONTAINE och ROUSSY[4]).

Då jag emellertid står i begrepp att, på basen af förnyade experiment på samma område, såsom föremål för en särskild undersökning upptaga frågan om nyss nämnda förhållande, har jag här icke velat närmare inlåta mig på den samma.

[1]) v. BEZOLD. Von den Veränderungen des Herzschlages nach Verschliessung der Coronararterien. Untersuchungen aus dem physiolog. Laborat. in Würzburg I, s. 256, 1867.

[2]) B. SAMUELSON. Centralblatt f. die med. Wissenschaften, n:r 12, 1880. Zeitschrift f. klin. Medicin, 2, 1880 och Virchows Archiv, bd 86, 1881.

[3]) COHNHEIM und v. SCHULTHESS-RECHBERG. Ueber die Folgen der Kranzarterienverschliessung für das Herz. Virchows Archiv, bd 85, 1881.

[4]) G. SÉE, BOCHEFONTAINE et ROUSSY. Arrêt rapide des contractions rythmiques des ventricules cardiaques sous l'influence de l'occlusion des artères coronaires. Comptes Rendus de l'académie des sciences, Paris, jan. 1881 och B. ROUSSY. Thèse de Paris, s. 44, och följande, 1881.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om Resektioner af pharynx og œsophagus[1]).

Af

Overläge AXEL IVERSEN
i Köbenhavn.

I December 1882 fremstillede jeg en Patient i det medicinske Selskab i København, på hvem jeg gennem en pharyngotomia subhyoidea havde foretaget en partiel Resektion af pharynx; siden den Gang har jeg yderligere haft Lejlighed til at dyrke disse Operationer, og i v. LANGENBECKS Arkiv, Bd 31, 3 H., har jeg meddelt en Afhandling herom, hvori, foruden det historiske ved Metoden, Operationsteknikken for pharyngotomia subhyoidea o. s. v., er meddelt 6 egne Tilfälde af disse Operationer, de 5 udförte for at fjärne kankröse Nydannelser i Svälget, den 6te for at åbne en Striktur af œsophagus, der sad 1½ Cm. nedenfor cartilago cricoidea.

Jeg har nu senere foretaget flere lignende Operationer, og da jeg således har haft Lejlighed til at göre nye Erfaringer, vil jeg nu her forelägge disse.

Som jeg allerede antydede i min ovenfor nävnte Afhandling, mente jeg den Gang, at man gennem pharyngotomia subhyoidea kunde skaffe sig tilsträkkelig Plads og bruge den som en indledende Operation til dybere gående Indgreb, når Nydannelsen strakte sig längere ned og f. Ex. angreb nederste Del af pharynx og Begyndelsen af œsophagus. Jeg fremhävede allerede den Gang, at man under sådanne Forhold jävnligt måtte ofre også larynx; sträkker Nydannelsen sig nemlig ringformigt ned i den nederste Del af pharynx, kan man ikke

[1]) Meddelt i det medicinske Selskab d. 18 Januar 1887.

godt lösne denne fra larynx's Bagflade uden også at lädere nn. laryngei inf.; sker dette på bägge Sider, får Patienten en inspiratorisk Dyspné og må derfor Resten af sit Liv bäre Trakealkanyle. Kommer der end videre hertil, at Muligheden for en exakt Fjärnelse af alt det syge formindskes i samme Forhold, som man omhyggeligt må söge at undgå Läsionen af n. laryngeus infer., der jo ligger tät inde imellem larynx og pharynx, vil man vist nok give mig Ret i, at Hensynet til larynx ikke må spille en så stor Rolle, som man på Forhånd kunde tro. Fjärnes larynx i det givne Tilfälde, vinde Chancerne for en radikal Fjärnelse af Nydannelsen, og dette må dog siges at väre det vigtigste.

Diagnosen af en cancer pharyngis stilles, hvis jeg skal dömme efter mine Tilfälde, i Reglen for sent, så sent, at der i det givne Tilfälde kun kan väre Tale om meget betydelige Operationer. I Reglen kan det ikke siges at väre svärt at stille Diagnosen; gennem Digitalexplorationen, Synet og Laryngoskopien har man Vejledning; men det, der i alle mine Tilfälde har voldet Vanskelighed, er at bestemme den nederste Gränse for Nydannelsen. Fingren kan tit ikke nå den, og Olivenexploratören kan ej heller altid markere den nederste Gränse, ikke at tale om, at den undertiden kan standses af den udviklede Striktur, neden for hvilken Nydannelsen kan sträkke sig et langt Stykke.

Udvendigt på Halsen kan man som Regel intet föle; derimod har jeg i flere af mine Tilfälde bemärket en Fortilskydning af regio laryngea, således at larynx er kommen til at ligge i et Plan, der ragede frem foran corpus ossis hyoidei; normalt ligger larynx, fraregnet pomum Adami, bagved dette Plan.

Kirtelsvulster må naturligvis også observeres, men have i mine Tilfälde ikke spillet nogen Rolle, i det jeg aldrig har set Recidiv udgå fra disse.

Foruden de tiltagende Synkebesvärligheder, Hoste, med Expektoration af lidt sangvinolent Slim, have mine Patienter jävnligt klaget over Smerter i Örene, og i Reglen stärkest i det Öre, som svarede til den Side, hvor Nydannelsen var mest udbredt.

Stemmen antager ved disse Sygdomme en ejendommelig timbre, fremkaldt dels af den ledsagende Katarr i larynx, dels af de forandrede Resonnansforhold i pharynx, dels af Ubevägeligheden af cartt. arytæn.

Af det her fremstillede vil man altså se, at man, först når pharynx er bleven åbnet, kan stille sin Diagnose exakt, navnlig om Sygdommens Udsträkning.

Min Operationsmetode har väret fölgende. Som sädvanlig indledes Operationen af en dyb Trakeotomi, hvorigennem Narkosen fortsättes. Efter at pharynx ved pharyngotomia subhyoidea er åbnet, undersöger man Udsträkningen af Nydannelsen närmere. Min Fremgangsmåde har da i Reglen väret den, at jeg gennem en nedadgående Sideincision i pharynx, eventuelt gennem Strikturen, har overbevist mig om Nydannelsens Udsträkning og först herefter har taget min Bestemmelse om den senere Gang for Operationen. I alle mine Tilfälde har jeg i Reglen på dette Punkt af Operationen gjort den sörgelige Opdagelse, at Nydannelsen strakte sig langt längere ned end formodet; men kun i et af mine Tilfälde har det väret mig umuligt at kupere œsophagus i sundt Väv. Finder man altså nu, at Nydannelsen har strakt sig så langt ind i sinus pyriformis af pharynx, at den også indtager Forfladen af Svälget, danner en mere eller mindre komplet Ring. anser jeg det som sagt for rigtigst også at fjärne larynx. Fra Midten af Faryngotomisåret anlägger jeg nu en nedadgående Incision, som sträkker sig til en Afstand fra 1—1½ Cm. fra Trakeotomisåret, i det jeg sörger for, at der altid kommer til at väre en Hudbro imellem de 2 senere Åbninger, den for œsophagus og den for Kanylen. I mit förste Tilfälde gjorde jeg det ikke og havde senere en Del Ulejlighed med at forhindre Cikatrisationen af de 2 närliggende Åbninger, hvoraf den ene (for œsophagus) lå umiddelbart bagved Kanylen; i mine andre Tilfälde har jeg indfört denne Modifikation og har haft megen Fordel heraf.

Med Ruginer lösnes nu larynx fra de prätrakeale Muskler, som her er noget vanskeligere end ved den almindelige Larynxexstirpation, i det disses Insertion på os hyoid. jo her ere kuperede; dog kan man som Regel göre dette stumpt. Er larynx blottet, gör man en Tvärincision i pharynx i rigelig Afstand fra Nydannelsens överste Gränse, som må gå gennem hele pharynx's Tykkelse helt ind i det prävertebrale Bindeväv; man får herved en Del venös Blödning fra de overskårne Svälgvener, som let standser for Svampekompression. Tvärincisionen fortsättes til Siderne uden Frygt for at lädere de närliggende store Hovedkar, som ved den bagoverböjede Stilling af Ho-

vedet synke godt ud til Siden, og hvorfra pharynx desforuden stumpt kan lösnes inden Gennemskäringen. Nu tränger man med et eller andet stumpt Instrument ind imellem pharynx og vertebræ, lösnende Röret nedefter, og med en Finger kan Lösningen som Regel let ske nedefter så vel fra vertebræ som fra Halskarrene. Pharynx vedligeholder sin Forbindelse med larynx, som godt kan böjes fortil, i det Respirationen jo intet Afbräk lider, da Kanylen sikrer denne; er Nydannelsen på enkelte Steder brudt gennem det parafaryngeale Väv, bör man forelöbig lade disse Partier blive siddende til en senere Revision; når man så har lösnet œsophagus så vidt, at man föler Kanalen sund, hvilket er meget let, selv udenpå den lukkede œsophagus, förer man et Par Silketråde igennem œsophagus et godt Stykke nedenfor Nydannelsen, i det disse skulle sikre En imod, at œsophagus träkker sig ned, hvilket den er så meget mere tilböjelig til, som hele Organet ved denne Lösning er trukket op af sit Leje og ligesom forlänget. Trachea klippes nu igennem, og umiddelbart herefter eller rettere sagt inden den komplette Gennemklipning, plejer jeg at indlägge et sammenrullet Stykke Jodoformgaze, som syes (med Silke) til överste Trakealåbning, og som dels forhindrer Blödningen fra under den videre Operation at komme ned i Bronkierne, dels på en Måde virker som aseptisk Tamponade af trachea under det övrige Sårforlöb; efter Gennemklipningen af trachea ser man tydeligt Väggen af œsophagus, som nu gennemklippes; i det man langsomt foretager denne, sikrer man sig yderligere nederste Del ved indlagte Silketråde; Präparatet efterses, og man kan da i Tvivlstilfälde träkke œsophagus op, foretage nye ringformede Resektioner og altså i gunstige Tilfälde fjärne sig så langt fra fra Nydannelsens nederste Gränser, at de almindelige Regler for Operationer under slige Svulstforhold må siges at kunne ske Fyldest. Endelig må man fjärne muligt resterende Svulstpartier og Glandler i Närheden af de store Halskar, som jeg i flere Tilfälde har haft liggende ganske uddissekerede i Operationssåret. I enkelte af mine Tilfälde er Nydannelsen også grebet over på Dele af glandula thyreoidea, som da må fjärnes, hvilket kan ske med Lethed, i det man omstikker Kirtelvävet med en Silketråd, som forhindrer Blödningen; i et af mine Tilfälde måtte jeg endogså fjärne nästen hele Glandelen; kun isthmus blev tilbage.

Under Operationen bruger jeg Svampe eller Vattamponer, dyppede i Borvand; efter Operationen foretages en omhyggelig Sublimatafvaskning; Såret indpudres overalt med Jodoform, et almindeligt middeltykt Gummirör, hvis Längde må afpasses, indföres i Ventriklen, det fixeres med en Tråd til en af Hudrandene, Såret fyldes med Jodoformgaze, og der udenpå har jeg anlagt min sädvanlige Pudeforbinding (Sublimat-Träuldvat).

Ösofagustrådene, hvoraf jeg i Reglen anlägger 4, häftes löseligt til Hudrandene, for at fixere œsophagus, hvis Sonden ved et Uheld, en Bräkning f. Ex., skulde forlade denne.

Operationen er naturligvis en Del angribende; dog have enkelte af mine Patienter väret påfaldende flinke ved Opvågningen. En enkelt Operation har varet omtrent 2 Timer, de fleste noget over 1 Time. Det förste Dögn er jeg forsigtig med ingesta af Hensyn til Kvalme; men herefter kan man temmelig snart begynde på rigeligere og hyppigere Indhäldninger gennem Röret.

Den febrile Reaktion har som Regel ikke väret betydelig. De förste Dage Temp. til omtr. 39, fra 3 til 4 Dage falder Temp. nästen til det normale, og Almenbefindendet forbedres herunder. I et enkelt Tilfälde har Jodoformtamponen i trachea sikkert generet Respirationen, i det den muligvis ved Hosten er blevet viklet op og flotteret; ved dens Fjärnelse blev Respirationen hurtig regelmässig og uforstyrret; fra dennes Side har jeg ellers ingen Gener set; naturligvis hoste de noget de förste Dögn, men dette er uden Betydning; derimod fremkalder Operationen en särdeles rigelig Spytsekretion, og flere af Patienterne plages meget heraf de förste Dage. Den dybe Jodoformforbinding kan i Reglen blive liggende 4 til 5 Dage, så er den lösnet, og ved at fjärne denne forbavses man altid over at se, hvor betydeligt Såret er formindsket; i alle mine Tilfälde have Sårene haft et komplet reaktionsfrit Udseende, Sekretionen som sädvanligt ved Jodoformbehandlinger meget ringe og kun slimet; som Granulationerne nu voxe frem, kan man forandre Forbindingen, f. Ex. til et simpelt epithema boricum, som er en Del behageligere for Patienten, i det den hyppigere Forbinding skiller Patienten af med det Slim, der stadig secerneres fra pharynx, indtil Såret er helet og Mundhulen således lukket bagtil; Ösofagusröret fjärnes i Reglen fra 10de, 14de Dag, da der nu er dannet en Granulationskanal

imellem Huden og överste Ende af œsophagus, hvorpå Röret indföres 4 til 5 Gange i Dögnet for Ernäringens Skyld. Den Del af trachea, som ligger ovenfor Kanylen, lägger sig sammen, overvoxes med Granulationer og aflukkes således ved Cikatriceväv; en enkelt Gang har jeg forsögt at indföre Kanylen gennem Overskäringsåbningen i trachea; men Patienten befandt sig ikke vel derved, Kanylen kom til at ligge for höjt. Sårets Heling medtager en 7 til 9 Uger; men så lang Tid behöver Patienten naturligvis ikke at blive i Sängen; flere af mine Patienter have allerede i 2den Uge efter Operationen väret oppe af Sängen.

10 Gange har jeg i alt gjort pharyngotomia subhyoidea; heraf ere de 6 Tilfälde omtalte i den ovenfor omtalte Afhandling; da denne måske ikke er meget kendt her hjemme, vil jeg ganske kort beröre disse 6 Tilfälde, inden de 4 nye Tilfälde meddeles.

N:r 1 var en 34-årig Kvinde, der blev opereret d. 15de Nov. 1882 på S:t Josephs Hospital. Her foretoges en partiel Resektion af bageste Väg og venstre Sideväg af pharynx (Pladeepitelkarcinom — Dr. Hörring). En Måned efter var Faryngotomisåret helet, og Patienten udskreves med fri Synkning; hun medtog en tyk Bougi, som hun med Lethed selv indförte. Kanylen var fjärnet den 11te Dag. Hun döde 6 Måneder efter Operationen af lokalt Recidiv.

N:r 2 var en 51-årig Kvinde, som blev opereret d. 18 Juni 1883 på S:t Josephs Hospital. Her foretoges en partiel Resektion af Bagväggen af pharynx (Epiteliom — Dr. Hörring). Kanylen fjärnedes den 6te Dag; 8 Uger efter Operationen var Faryngotomisåret helet, Synkningen fri, de tykkeste Ösofagusbougier kunde indföres. 9 Måneder efter Operationen var der et inoperabelt lokalt Recidiv i Gang.

N:r 3 var en 48-årig Kvinde, der blev opereret d. 21 Sept. 1883 på S:t Josephs Hospital. Her foretoges en meget udbredt Resektion af hele bageste Väg og venstre Sideväg af pharynx. Kanylen fjärnedes d. 14de Dag. Hun döde 4 Måneder efter Operationen af et inoperabelt lokalt Recidiv.

Af disse Patienter blev kun den förste seceret; fraregnet det lokale Recidiv fandtes ingen Svulstmetastaser i Legemet. Skönt jeg naturligvis ikke kan bevise det, har jeg en Formodning om, at mere udstrakte Operationer end de, jeg den Gang foretog — min Erfaring var da kun ringe — kunde have givet bedre Resultater.

N:r 4 blev opereret for en strictura œsophagi; det var en 56-årig Kvinde, som blev opereret d. 30 Juni 1884 på S:t Josephs Hospital. Ved Faryngotomien fandtes en cikatriciel Striktur, der sad 1½ Cm. nedenfor cartil. cricoidea. Strikturen var dannet af en meget betydelig Fortykkelse af det periösofageale Bindeväv, som dannede en fuldständig hård og fibrös Ring; Tykkelsen af Ringen var omtr. 3 Cm., Höjden omtr. 2 Cm., Slimhinden på Strikturstedet naturlig; da Strikturen var gennemskåren udenfra indad, fandtes lidt nedenfor en ny ejendommelig Striktur, som var dannet af uregelmässige Osteofytdannelser, udgående fra den nederste Halshvirvel og överste Ryghvirvel; disse vare dannede af en afløben abscederende spondylitis; denne nye omtr. 4 til 5 Cm. lange Striktur kunde dog passeres af et mellemtykt Gummirör. Forlöbet var godt, Kanylen fjärnedes d. 18 Juli, i Begyndelsen af Avgust var Operationssåret nästen tilhelet, og Synkningen var da fri; jeg har set hende i Dec. 1886, hun er rask, med fri Synkning, trods at hun ikke mere indförer sin Bougi.

Foruden disse partielle Resektioner af pharynx, har jeg i den ovenfor nävnte Afhandling meddelt 2 Tilfälde af Resektioner af pharynx og œsophagus samt Exstirpation af larynx.

Det *förste* Tilfälde galdt en 44-årig Kvinde, der blev opereret på S:t Josephs Hospital d. 3 Juli 1883. Hun led af en ringformig cancer af pharynx's nederste Del; Snitfladen i pharynx lå lidt over cartil. arytænoidei, Snitfladen i œsophagus lå mindst 5 Cm. nedenfor Snittet i trachea, der her förtes gennem förste Trakealring; ved at träkke œsophagus i Vejret kunde man anlägge Resektionssnittet i den omtalte betydelige Dybde. Forlöbet var godt; 12 Dage efter kunde Ösophagussonden fjärnes, og man gik nu over til periodevis Indförelse af Sonden. D. 30te Avgust var Faryngotomisåret helet, således at Mundhulheden var lukket bagtil; hendes Almenbefindende skred frem, hun tog hver Uge ¼—½ ℔ til og udskreves flink og rask til Hjemmet.

10 Måneder efter Operationen så jeg hende igen; hendes Vägt var i denne Tid tiltaget 13 ℔; hendes hele Befindende var fuldkomment tilfredsstillende; ved Hjälp af sin Tunge og Läberne kunde hun tale så tydeligt, med en ejendommelig smäkkende Lyd, at man med stor Lethed förte en Samtale med hende. 3 Måneder senere så jeg hende igen, hun havde haft det i alle Henseender godt, ingen Tegn til Recidiv. Hun sögte mig, da hun i den senere Tid havde haft Gener ved at indföre sin Ösofagussonde; Åbningen til œsophagus, som i dette Tilfälde ikke ved en Hudbrämme var adskilt fra Kanyleåbningen, havde sänket sig så meget under Niveauet af Trakeotomisåret, at hun måtte udtage Kanylen, hver Gang hun skulde indföre sin Ernäringssonde, og i så Fald generedes Respirationen betydeligt; skönt Trakeotomiåbningen som sädvanligt lå dybt, kunde Kanylen dog sänkes yderligere; jeg foretog da en lille Operation, som bestod i en nedadgående Spaltning af trachea; herved kom en meget stärk Blödning fra den udvidede v. jugularis ext. ant., som standsedes ved Side-

ligaturer; Kanylen indlagdes igen, og Ösofagussonden kunde igen let indföres, selv om Kanylen blev liggende. Indgangen til œsophagus var kun meget lidt forsnävret. 3 Dage herefter fik Patienten Kuldeyrystelser, Temperaturen steg betydeligt, og hun döde 8 Dage efter under Symptomer på en Septikämi.

Som naturligt kunde dette nye Sår, der flere Gange om Dagen blev berört med Ernäringssonden, ikke holdes tilsträkkeligt aseptisk, og da Veneväggen var läderet, måtte den tilträdende septiske phlebitis meget naturligt resultere heraf.

Sektionen, som foretoges af Dr. Hörring, viste, at v. anonyma sin. var meget udvidet, opfyldt med blöde, tykke Koagler; Veneväggen stärkt imbiberet med Blod; v. jugul. ext. ant. sin. var opfyldt af en fast thrombus, der fra Mundingen strakte sig 4 Cm. opad. Bindevävet omkring v. jugul. int. og carotis var pusinfiltreret, og i Karskeden fandtes en et Par Cm. lang Absces; Venen var permeabel. Hverken lokalt eller andre Steder fandtes Spor af Recidiv eller Svulstmetastaser.

Det *andet* Tilfälde var en 48-årig Kvinde, der blev opereret af mig på S:t Josephs Hospital d. 12 Juli 1884. Også her var Nydannelsen nästen ringformig, indtagende den nederste Del af pharynx; Resektionssnittet i pharynx lå her nogle Cm. over Planet af Arytænoidbruskene, Snittet i œsophagus omtr. 4 Cm. under Niveauet af överste Trakealring, hvorigennem Exstirpationen af larynx var sket. Forlöbet var godt, 14 Dage efter fjärnedes Ösofagussonden, og man gik over til periodevis Ernäring. D. 20de Avgust var Faryngotomisåret nästen ganske helet, så at der nu kun resterede en lille Fistel ind til Mundhulheden, som snart efter lukkedes komplet. — Med en Bemärkning om, at hun i December 1884 var ganske rask og fri for Recidiv, ender Sygehistorien i Afhandlingen.

15 Måneder efter Operationen indkom hun igen på S:t Josephs Hospital, nemlig d. 27 Okt. 1885. Hendes nu värende Sygdom begyndte for et Par Dage siden ganske pludseligt. I den mellemliggende Tid har hun fölt sig ganske rask og fuldständig passet sin lille Bedrift (Mälke- og Brödudsalg). Hun havde jävnligt besögt mig på Hospitalet og forbavsede os alle ved den märkvärdigt tydelige Tale, hun med Tunge og Läber havde erhvervet, så at man uden Ansträngelse og uden at se på hende let kunde före en Samtale med hende; hendes Färden med Kunderne var jo også et Bevis herfor. De sidste Par Måneder inden Indläggelsen var det öjensynligt, at der udgående fra venstre Side af Operationscikatricen var et Recidiv i Gang (som omtalt i Afhandlingen var Udlösningen af venstre Sidehalvdel af pharynx vanskelig, i det Nydannelsen her var trängt gennem det periösofageale Bindeväv hen til Skeden af carotis, hvorfra det senere måtte lösdissekeres, og som herefter var blottet i en Udsträkning af 2 Cm.).

Da jeg blev kaldet ud til hende, forefandt jeg hende i en yderst kollaberet Tilstand, kortåndet, med Ortopné. Undersögelsen, der af Hensyn til hendes Almenbefindende kun skete overfladisk, påviste Tegn til en pleuritis på höjre Side. Hun angav, at disse Tilfälde (Kort-

åndethed, Hoste o. s. v.) vare komne efter en Sondeindförelse i Går. Til venstre for Indgangsåbningen til œsophagus fandtes en Infiltration af Störrelse som en halv brasiliansk Nöd og af dennes Form; Huden herover adhärent, men af en naturlig Farve; svarende til Ösofagusfistlen er Infiltrationen i begyndende Ulceration. Tydelige Glandelsvulster fandtes ikke. Trakealfistlen af naturligt Udseende. Temp. 39. Hun kollaberede mere og mere og döde d. 29 Okt. 1885.

Hun seceredes den fölgende Dag af Hr Dr Hörring. Sektionen viste fölgende: Umiddelbart over incisura jugularis på sternum findes Fistelåbningen til trachea; herover med et Mellemrum af omtr. 2 Cm. findes Indgangsåbningen til œsophagus; denne danner en langagtig Spalte, hvis venstre Väg rager ud over höjre; denne venstre Del er stärkt fortykket og infiltreret, hvorimod höjre er däkket af naturlig Hud. Efter Åbningen af œsophagus finder man tät under Fistelåbningen (överste Ende) en Ulceration i Väggen af Störrelse som en Ärt, hvis Bund er fyldt med en henfaldende Svulstmasse, der står i direkte Forbindelse med den Svulstmasse, der infiltrerer Huden ved Fistelåbningens venstre Side, og som herfra sträkker sig udad til carotis, som den ganske omgiver, i det den samtidigt adhärerer stärkt til Prävertebralfascien. Umiddelbart under Ulcerationen går der i Dybden en lille ulcereret Fistel, som åbner sig i en Reces til tracheas överste Ende. Nedadtil er œsophagus stärkt atrofieret; Väggene papirstynde, og til höjre, omtr. 4 Cm. under arcus aortæ, findes en langagtig (3 Cm. lang) Fissur i Väggen, hvorigennem man kommer lige ind i höjre pleura. Cardia naturlig.

Ventriklen af normal Störrelse, pylorus naturlig; omtrent på Midten af Ventriklens Forflade findes en ärtestor Nydannelse, adhärent til mucosa; ikke ulcereret; den prominerer stärkt under serosa.

Tracheas Slimhinde er injiceret, svullen, bedäkket med purulent Slim.

Venstre Lunge overalt luftholdig, men stärkt hyperämisk; Bronkiernes Slimhinde svullen, röd, pusbelagt. Pleura sund.

I höjre pleura findes en stinkende, gulgrå, fnugget Vädske (omtr. 1200 Gm efter löst Skön); ved Adhärencer er den afkapslet i 3 Partier, hvoraf det överste kommunicerer gennem den ovenfor omtalte Spalte med œsophagus.

Cor stort, slapt, Klapperne sunde; Myokardiet meget stärkt fedtdegenereret.

Den övrige Undersögelse fremböd intet abnormt.

Nydannelsen på Ventriklens Forside viste sig mikroskopisk som et Fibrom.

Mine 4 senere Tilfälde ere fölgende:

N:r 3. Cancer pharyngis. Pharyngotomia subhyoidea. Resectio pharyngis et œsophagi. Exstirpatio laryngis.

Else Jörgens, 49 År, ugift, Amager; indkom på Kommunehospitalets 5te Afdeling d. 28de Dec. 1885. Hun har väret rask tidligere, indtil Februar Måned d. Å., da hun uden nogen som helst Grund fik

Smerter ved Synkningen af faste Dele samt Besvärligheder herunder; dette tiltog efterhånden mere og mere, og i de sidste 2 Måneder har hun kun kunnet få flydende Föde ned; Föden stopper i selve Svälget og kommer ikke ned i Spiseröret; samtidigt har hun haft Fornemmelser af en Klump i Svälget, må tit römme sig og opbringer herved en Del Slim og Blod. Nu forvolder Deglutitionen af flydende Föde hende ingen Smerter, men hun formår kun at synke ganske små Mängder ad Gangen. I den senere Tid en Del spontane jagende Smerter i Halsen, som have forstyrret Nattesövnen; hun er magret meget af og bleven mat og svag. Ingen Larynxtilfälde.

Ved Indläggelsen var hun meget emacieret, uden tydelig kakektisk Ansigtsfarve. I bägge region. lateral. colli flere små, frit bevägelige Kirtelsvulster. Ved Inspektionen af fauces fandtes, når Tungen trykkedes stärkt ned, en uregelmässig ujävn Ulceration, som, begyndende omtrent i Niveau med epiglottis, sköd sig ind i Svälget fra dettes bageste og Sideväg. Ved Digitalexplorationen kunde Fingren konstatere, at tumor strakte sig dybt ned i pharynx; dens nederste Gränse kunde ikke föles. Olivenexplorator N:r 37 (Charrière) passerer den faryngeale Forsnävring temmelig let, men man kan ej heller her tydeligt markere Ulcerationens nederste Gränse. Pharynx föles gennem de afmagrede Integumenter noget foröget i Bredden, og tumor kan ligesom föles, navnlig noget fremträdende på venstre Side af larynx; så vel pharynx som larynx ere imidlertid fuldständigt frit bevägelige, også under Deglutitionen. Karrene fri. Laryngoskopi (Overläge Haslund): hele bageste Svälgväg fra i Höjde med 2 Cm. over Spidsen af epiglottis er Sädet for en Ulceration, som fortsätter sig nedadtil bagved larynx, nedad gående over på Sideväggene; opadtil begränses den af 2 konvexe Linier, stödende sammen i Midtlinien; den överste Rand af Ulcerationen er stärkt ophöjet, og man får derved Billedet som af 2 ulcererede Svulster, der stöde sammen i Midtlinien. Bunden af Ulcerationen meget ujävn, med stärkt fremspringende Granulationer og pusfyldte Fordybninger. Fraregnet en let Injektion af Stemmebåndene (sande) og en ringe Svulst af Slimhinderne over Arytænoidbruskene frembyder larynx's Indre intet abnormt. Stetoskopien normal, ligesom Temperaturen og Urinen. Intet fra Underlivsorganerne. Vägt 72 ℔ 10 Kv. (nögen).

D. 3 Januar. Under Kloroformnarkose

dyb Trakeotomi

i jugulum; en tyk Kanyle indlagdes, og Narkosen fortsättes herigennem ved Junckers Apparat; i Steden for Tragten et Glasrör, som förtes ind i Kanylen. Derpå

pharyngotomia subhyoidea.

Efter at pharynx på sädvanlig Måde var åbnet, og da man med Fingren og Synet havde overbevist sig om, at Ulcerationen rörformet fortsatte sig nedad i pharynx, også medtagende Forfladen af pharynx, besluttede man sig til at fjärne pharynx og larynx in toto. Nydannelsen blev nu omskreven ved et opad konvex Snit, godt borte fra Ulcerationen, omtrent i Höjde med papillæ circumvallatæ linguæ. Fingeren förtes derefter ind i det retrofaryngeale Rum, og stumpt

lösnedes nu pharynx fra de omgivende Dele; på venstre Side var Lösningen besvärlig, i det Nydannelsen var gået gennem Farynxväggen ud imod vasa, og her kom der derfor ved Lösningen en solutio continui i Farynxväggen. Gennem et Snit i Midtlinien, som strakte sig til en Afstand af 1 Cm. fra Trakeotomisåret, lösnedes larynx fra sine Prætrakealmuskler; men også på venstre Side var Lösningen besvärlig, og her åbnedes en Absces, der lå i det parafaryngeale Bindeväv, i Kontinuation af Nydannelsen, sträkkende sig hen til Siderauden af cartil. cricoidea. Som et samlet Rör kunde pharynx og larynx nu löftes ud af sit Leje; trachea gennemklippedes imellem 1ste og 2den Trakealring, og strax efter Gennemklipningen blev et Stykke Jodoformgaze syet fast i Trakealåbningen. Oesophagus blev gennemklippet 1 Cm. under Gennemklipningen af trachea og sikredes inden Gennemklipningen ved indlagte Tråde. Efter at pharynx og larynx vare fjärnede, manglede der endnu noget adhärent Tumormasse på art. carotis commun. sin.; ved en omhyggelig Dissektion, som delvis medtog Karrets adventitia, fjärnedes dette komplet; da det imidlertid strakte sig temmelig tät ned imod venstre Sidelap af gl. thyreoidea, fjärnedes denne på Overgangen til isthmus; man efterså det fjärnede Stykke af pharynx og œsophagus, og skönt der syntes at väre tilsträkkelig sund Slimhinde på bägge Ender af Nydannelsen, besluttede man sig dog til yderligere at fjärne endnu 2 Strimler af sund Slimhinde, så vel opadtil som nedadtil, her i omtrent 1 Cm:s Bredde. Et almindeligt Gummirör indförtes i Ventriklen, fixeredes til Huden, og efter en omhyggelig Desinfektion af Såret (Sublimat) indpudredes det med Jodoform, Trådene fra œsophagus häftedes löseligt til Huden, og Såret fyldtes med Jodoformgaze. Pudeforbinding.

Operationen varede lidt over 1 Time, Narkosen komplet og uforstyrret hele Tiden, ligesom Pulsen.

Preparatet viste fölgende: Ulcerationen begyndte i höjre sinus pyriformis omtr. 2 Mm. fra denne, strakte sig derfra over hele höjre Sideväg, bageste Väg over på venstre Sideväg gennem hele venstre sinus pyriformis, om på Bagfladen af larynx, hvor den strakte sig opadtil i Höjde med Midten af Bagfladen. Nydannelsen var overalt i Ulceration, endende med skarpe opkastede Rande; omtr. 1 Cm. sund Slimhinde begränsede Nydannelsen til bägge Ender. Det indre af larynx sundt. (Präparatet allerede 1 Dögn gammelt ved Beskrivelsen.) Af œsophagus var endnu fjärnet en omtr. 8—10 Mm. bred Strimmel.

De 2 förste Dögn var Temp. $\frac{39,7}{38,9}$ — Temp. $\frac{39}{38,8}$. P. 100 kraftig, Almenbefindendet tilfredsstillende; Respirationen rolig; gennem Röret indhäldes i Dögnet omtr. 2 Potter Mälk foruden Vin og Kaffe.

D. 5 Januar. Temp. $\frac{38,2}{38,3}$ (holdt sig herpå i 2 Dage, senere normal). Den dybe Forbinding skiftes i Dag; Såret betydeligt formindsket, af godt Udseende.

D. 12 Januar. Temp. fremdeles normal. Tåler kun Indhäldninger i meget små Portioner og har jävnlig Kvalme og Opkastninger, trods de forskelligste Medikamenter og ingesta; da man antager, at

dette skyldes, at Röret i Ventriklen er for langt, udtages det på en Mandrin og et kortere indlägges; ligeledes udtages Kanylen og renses. Såret af godt Udseende, betydeligt formindsket, kun i ringe Grad secernerende.

D. 24 Januar. Hun lider fremdeles af jävnlige Opkastninger, kan kun beholde meget lidt af de indhäldte Födemidler og er åbenbart under Inanition, trods de störste Ansträngelser for at häve Ernäringen f. Ex. med Pankreaslavementer o. s. v. Almenbefindendet er, fraregnet Emaciationen, godt; Temp. fremdeles normal. Sårets Udseende godt. Hun har väret oppe 1 Time daglig. Ösofagusröret fjärnes, og 4 Gange i Dögnet indföres det nu for Ernäringens Skyld; men Kvalmen og Opkastningerne vare uforandrede, og det var kun minimale Mängder Föde, hun beholdt. Hun faldt nu stärkere sammen og döde d. 9 Februar, 37 Dage efter Operationen.

Sektionsdiagnosen löd:
Bronchopneumonia multipl. lobi inf. pulmon. utriusqve.
Abscessus pulmon. d.
Pleuritis fibrinosa sicca duplex.
Arteriosclerosis levi gradu.
Anæmia universalis.

Af Sektionen fremhäves följende:

I cavum pericardii en ringe Mängde klar serös Vädske. Cor lille, kontraheret, Karrene stärkt bugtede. På Forfladen af höjre Ventrikel en 25-Öre stor Seneplet. De arterielle Klapper sufficiente. Endokardiet og Klapperne i det hele sunde. Muskulaturen fortyndet, brunlig. Koronararterierne vise rigelige gule, ophöjede, fedtdegenererede Pletter; lignende findes sparsomt gennem hele aorta.

Lungerne ikke adhärente, ingen Ansamling i pleura. Höjre Lunges överste Lap er noget emfysematös, anämisk, i övrigt naturlig. Nederste Lap er svullen, pleura overalt, undtagen i incisura interlobularis, svullen, opflosset, injiceret, ekkymoseret og belagt med rigelige, blöde, fibrinöse, pusinfiltrerede Psevdomembraner. På et kronestort Parti ved dens bagerste Rand er pleura i hele sin Tykkelse pusinfiltreret, og ved Indsnit ses, svarende hertil, en godt valnödstor rundagtig Absces i Lungevävet, fyldt med gult tykt pus og en Del nekrotiske Tjavser. Lungevävet i Lappen i övrigt ret naturligt, kun noget hyperämisk, ödematöst og luftfattigt; dog findes i Närheden af den nederste Rand, inde i Lungevävet, et Par ärte- og nödstore, faste, lufttomme Partier med glat rödliggrå Snitflade, hvorfra en ringe Mängde purulent Sekret lader sig udtrykke. Venstre överste Lap er noget emfysematös, nederste venstre Lap er svullen og pleura injiceret og fibrinbelagt, som på höjre Side. På Snitfladen ses Vävet noget marmoreret, i det gråligröde Partier af Ärters og Nödders Störrelse ere spredte på en mörkeröd Bund; denne sidste består af hyperämisk, ödematöst, luftfattigt Lungeväv; de grålige Partier ere faste, lufttomme, häve sig noget over den övrige Snitflade, og fra dem lader sig udtrykke en ringe Mängde purulent Vädske. Bronkierne ere overalt injicerede og pusfyldte.

På tracheas Forflade ses et Trakeotomisår. Pharynx og larynx ere exstirperede. Operationssårets Begränsning viser ingensteds Nydannelse, kun findes i venstre fossa supraclavicularis et Par svulne Glandler.

Ingen Ansamling i cavum peritonei.

Milten af naturlig Störrelse og Form, Vävet grååligt, slapt.

Hepar noget lille, med Antydning af Snörefure; på Snitfladen ses acini små, men i övrigt intet abnormt. Galdegangene åbne, Galdeblären naturlig.

Ventriklen, noget timeglasformet, viser omtrent på Midten en stor stjärneformig Cikatrice efter ulcus.

Tarmkanalen frembyder intet abnormt.

Nyrerne noget små, Kapslen aflöses let, Overfladen glat; på Snitfladen ses Vävet noget blegt, kun Pyramiderne noget cyanotiske.

Pelvis og calyces naturlige, ligeså ureteres.

Vesica urinaria kontraheret, Slimhinden er noget svullen, injiceret, ekkymoseret.

Vagina er vid, Folderne udviskede, Väggen fortykket, läderagtig, glat. Orificium uteri er rundagtig, indsnöret, Läbernes Indside sammenvoxede med fornix vaginæ, kun fortil findes en lille Poche foran labium ant. Orific. af naturlig Störrelse og Form; på Bagfladen findes et lille subseröst Fibrom.

(Prosektor Dr. Borch.)

N:r 4. Cancer pharyngis et laryngis. Pharyngotomia subhyoidea. Resectio pharyngis et œsophagi. Exstirpatio laryngis.

Clara Nielssen, 27 År, Datter af Skomager; Nyborg. Indkom på Kommunehosp. 5te Atd. d. 23 April 1886. Hun angiver at have väret fuldständig rask til for et Par Måneder siden, da hun begyndte at lide af Vanskelighed ved Synkningen; hun fölte, at noget stoppede i Halsen, når hun sank; ingen Kvalme eller Opkastninger. Tilstanden har forvärret sig en Del, og i de sidste 8 Dage har hun kun kunnet nyde flydende Ting og kun i meget ringe Mängde ad Gangen. Hun er magret meget af og klager over Sult og Träthed. Udseendet meget blegt og svagt. Ved den udvendige Undersögelse af Halsen synes larynx i det hele mere prominerende end normalt; men for övrigt föles intet andet abnormt end en begränset Ömhed ved Tryk på höjre Side af larynx. Ved Inspektionen af fauces opdages intet abnormt; ved Digitalexplorationen föler man til höjre i pharynx, lidt nedenfor cartil. arytænoidea i Siderandeu af pharynx en knapt nödstor, prominerende tumor, hvorfra Farynxrummet synes at forsnävres nedad. Explorator-knoppene kunne ikke passere, derimod passerer en konisk Bougi N:r 35 Beniqué, når den indföres til venstre i pharynx, uden tydelig Modstand; men når Bougien er indfört, og pharynx ved Klögningsbevägelserne beväger sig opad og nedad, märker man med Fingren flere mindre tumores, der, udgående fra den store tumor, kegleformigt forsnävre pharynx nedad til venstre. Under Explorationen kommer der af og til enkelte små Blodstriber op. Laryngoskopien (Ego) viser

nogen ödematös Svulst af höjre cartil. arytænoidea samt nogen Hyperämi af hele Slimhinden i larynx; for övrigt intet abnormt.

Hun har af og til Smerter i Örene, särligt i höjre; den övrige Organundersögelse viste ikke noget abnormt. Vägt 47600 Gm.

D. 26 April. I de 2 sidste Dögn har Pat. kun kunnet nyde Vin og Vand, og heraf kun små Portioner.

Under Kloroformnarkose dyb Trakeotomi med Indläggelse af en tyk Kanyle, hvorigennem Narkosen fortsättes. Derpå pharyngotomia subhyoidea.

Efter at pharynx var åbnet på sädvanlig Måde, explorerede man og fandt, at pharynx nedadtil var fuldständig aflukket ved Tumormasse; for at orientere sig åbnede man nu höjre Sideväg af Svälget ved et nedadgående Skråsnit over höjre Side af larynx, Farynxslimhinden spaltedes i denne Udsträkning, en Knopsonde indförtes gennem den snävre Striktur ned i œsophagus, hvis lumen var stärkt devieret af Tumormasse. På denne Sonde blev pharynx klippet op gennem fast, hård Tumormasse, og först nedenfor cartil. cricoidea mödte man sund Ösophagus-Slimhinde. Forholdet til larynx undersögtes närmere, og da det var ganske tydeligt, at Tumormassen ved at sträkke sig ind i sinus pyriformis greb over på larynx, navnlig på Pladen af cartil. cricoidea, besluttede man sig til også at ofre larynx. Fra det subhyoideale Faryngotomisår anlagdes derfor et Snit i Midtlinien til i Närheden af Trakeotomisåret, de prätrakeale Muskler lösnedes fra larynx, og som et samlet Rör udtoges nu disse Dele. Glandula thyreoidea var meget udviklet, og da Nydannelsen fra pharynx strakte sig ind i Periferien af Sidelapperne, fjärnedes den störste Del af disse, kun isthmus og närmeste Dele bevaredes. Gennemklipningen af larynx foregik gennem förste Trakealring, og Gennemklipningen af œsophagus foregik omtr. 2 Cm. herunder, efter at œsophagus inden Gennemklipningen på sädvanlig Måde var sikret ved indsyede Tråde. Da man ved at se Präparatet efter, fik en Mistanke til Snitfladens Pålidelighed, resecerede yderligere et ringformigt Stykke af œsophagus, omtr. 1 Cm. höjt. Efter at Sårfladen var omhyggeligt desinficeret (Sublimat), indpudredes Jodoform; et Gummirör, fixeret til Huden, indförtes à demeure i Ventriklen, 4 Silkesuturer fra œsophagus häftedes löseligt i Huden, et Stykke Jodoformgaze indsyedes i överste Trakealåbning, Såret udfyldtes med Jodoformgaze. Pudeforbinding.

Blödningen ikke väsentlig under Operationen, godt behersket, Narkosen god og regelmässig, kun umiddelbart efter Trakeotomien en Synkope, som hurtigt tabte sig; efter Operationen var hun en Del medtagen, men rettede sig temmelig hurtigt.

På Präparatet viste det sig, at tumor var udgået fra höjre sinus pyriformis, ingen Ulceration på Slimhinden; makroskopisk bestod den af et hvidligt, fläsket Väv, hvori enkelte emollierede Partier; den adhärerede fuldständigt til den bageste Flade af Pladen af cartil. cricoidea; tumor af Störrelse som en Valnöd, overskrider ikke Midtlinien af pharynx, udfylder hele höjre sinus pyriform., er ikke adhärent til Indsiden af cartil. thyreoidea, hvis perichondrium synes intakt; den slynger sig omkring Randen af cartil. thyreoidea, präsenterende sig på

dennes indvendige Flade, og her er den adhärent med og gribende over på Bagsiden af lobus dext. gl. thyreoideæ. N. laryng. inf. ligger omgiven af Svulstmasse. Fra sinus pyriformis dext. er den nederste Del af pharynx som omtalt forsnävret af et fast, hårdt, degenereret Väv, opträdende med mindre og större Slimhindeknuder. Så vel överste som nederste Snitrand ligge i makroskopisk sundt Väv. Tumor i pharynx har en Längde af 4 Cm. Regnet fra plica ary-epiglottica er der exstirperet $5\frac{1}{2}$ til 6 Cm. af pharynx og œsophagus. Larynx's Höjde, regnet fra överste Rand af cartil. thyreoidea til nederste Rand af cartilago cricoidea, er 3 Cm. Indsiden af larynx sund.

D. 27 April. Temp. $\frac{39{,}4}{39{,}3}$. Siden Operationen har hun haft det ret godt; klager nu kun over Sult; ingen Opkastninger, har nydt $1\frac{1}{2}$ Pägl Mälk, omtr. 1 Pägl Portvin og noget Kaffe. Den överste Del af Forbindingen skiftes i Dag; men hun er så mat, at hun besvimer kun ved at löfte Hovedet op fra Underlaget. Pulsen dog regelmässig ved Morgenbesöget. Efter Middag tiltog Debiliteten synligt, hun klagede over Kvalme, ingen Opkastning; hun var meget urolig, faldt stärkere sammen og döde $\frac{1}{2}$ Time, efter at den betydelige Debilitet var begyndt, Kl. 2 Efterm.

Sektionen blev frabedt.

N:r 5. Cancer pharyngis. Pharyngotomia subhyoidea. Resectio pharyngis et œsophagi. Exstirpatio laryngis.

Henriette Petersen, 46 År, g. m. Skibskaptejn, indkom på 5te Afdeling den 2 Juli 1886. Hendes nu värende Sygdom begyndte i Februar d. Å. med noget Synkebesvär; hun havde en Fornemmelse af, at der var noget i Halsen, som fyldte op, når hun skulde synke en Mundfuld fast Föde. Synkebesvärlighederne tiltoge langsomt, og siden Begyndelsen af Maj har hun ikke nydt fast Föde; hun har dagligt nydt $1\frac{1}{2}$ Pot Mälk og et Par Glas Portvin; hun har haft en Del Smerter i Halsen, strålende ud i bägge Örene, hun er magret lidt af, har tabt Kräfterne, ingen Larynxtilfälde.

Ved Digitalexplorationen föler man dybt nede i pharynx en uregelmässig, knudret Svulst, som synes ringformigt at omgive pharynx's lumen; Svulsten synes også at angribe Bagfladen af larynx. Laryngoskopi (Overläge Haslund): Der ses en betydelig, knudret Svulst, til Dels ulcereret på Overfladen, indtagende Slimhinden over höjre Arytænoidbrusk og höjre plica ary-epiglottica. Svulsten rager noget hen over Midtlinien og ind over Strubeindgangen, således at bageste Del af höjre Stemmebånd skjules; derimod er sinus pyriformis på denne Side fri, opfyldt af lidt puriform Slim. Bevägelserne af höjre Sidehalvdel af larynx noget indskränkede.

Slimhinden over venstre Arytænoidbrusk er noget svullen, men glat, og bag ved Arytænoidbrusken ses en Svulstmasse komme frem, som om den udgik fra bageste Väg af larynx, sträkkende sig hen i sinus pyriformis, som den nästen fuldständigt skjuler; også denne Svulstmasse er ujävn på Overfladen, men synes näppe ulcereret. På den bageste Svälgväg kan man ikke se nogen Svulstmasse. Halsens

Exteriör frembyder intet abnormt, ingen Kirtelsvulster. Den övrige Organundersögelse frembyder intet abnormt. Temp. normal. Vägt 55220 Gm.

D. 6 Juli. Under Opholdet her inde har hun ligget til Sängs; jävnligt Smerter i pharynx og ud i Örene; kan kun nyde flydende Kost.

D. 8 Juli. Under Kloroformnarkose dyb Trakeotomi med Indläggelse af en tyk Kanyle, hvorigennem Narkosen fortsättes. Derpå pharyngotomia subhyoidea. Efter at pharynx var åbnet, viste det sig strax, at Ulcerationen gik ringformigt omkring pharynx, hvorfor man bestemte sig til at exstirpere pharynx og larynx på den tidligere beskrevne Måde. Gennemklipningen af trachea foregik gennem överste Trakealring, Gennemklipningen af pharynx forelöbigt gennem Svulstmasse. Sideväggen af pharynx spaltedes nu nedefter; men da Fingren först 4 Cm., regnet fra Snitfladen i trachea, nåede sund Ösophagusslimhinde, og da Nydannelsen her periösofagealt strakte sig ind på de store Halskar i hvilken Dybde der ikke kunde göres nogen radikal Operation, indskränkede man sig til at udskrabe Nydannelsen med skarp Ske og indlägge et Gummirör i Ventriklen. Det fixeredes, og Såret forbandtes åbentstående på den sädvanlige Måde, efter at Jodoformgaze var indsyet i den överste Ende af trachea.

Jodoformgaze, Pudeforbinding.

I Begyndelsen af Operationen var Blödningen temmelig betydelig, väsentlig venös, fra Farynxslimhinden, som gennemskares i Höjde med basis af Tonsillen. Operationen varede lidt over 1 Time, Pulsen og Narkosen var god, og hun var flink ved Opvågningen.

Temp. var de fölgende 2 Dage $\frac{38,8}{39,2}$ — $\frac{39,9}{38,6}$. Almenbefindendet godt, ingen Opkastninger, nöd en Del Havresuppe, Kaffe, Bouillon. P. noget hurtig, 110, men regelmässig. Respirationen god.

D. 11 Juli. Temp. $\frac{38,6}{37,8}$. Befindendet godt; kun Puderne have väret skiftede, den dybe Jodoformgazeforbinding har väret tör og lades urört. Indpudring med Jodoform.

D. 12 Juli. Kort efter Stuegangen henfaldt Patienten i en ejendommelig Tilstand med Vildelser og Uro, der henad Aften bleve så stärke, at hun vilde forlade Sängen og rive sin Bandage af; Natten meget urolig, nästen ingen Sövn; ved Morgenvisitten henligger hun i en ejendommelig komatös Tilstand, Ansigtet kongestioneret, Udtrykket tilfreds, smilende, hallucinerende. Hun lader sig väkke og kender Omgivelserne. Respirationen noget frekvent, tör, nästen ingen Hoste; klager over Törst, Tungen fugtig. Urinen afgået i Sängen, den med Kateter tagne Urin giver ikke Jodreaktion. Pulsen meget hurtig og lille. Infus. digital. 1 Spskf. hver Time.

D. 13 Juli. Temp. $\frac{38,4}{38,4}$. Uroen uforandret i Går, slog om sig i Sängen. P. 144, meget lille; efter at hun havde fået 7 Spiseskefulde digitalis, seponeredes den ved Aftenbesöget. Ingen Sövn, hun er varm, fuldständig fantaserende. Urinen afgået i Sängen, giver ingen Jodreaktion.

D. 14 Juli. Temp. $\frac{38,2}{39,5}$. Heller ikke Sövn i Nat; stadig urolig, sparkende; mere kollaberet. Respirationen hurtig, men fri. Hun döde Kl. 10 om Aftenen.

Sektionsdiagnosen löd:

Oedema et hypostasis pulmonum.

Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, lienis et renum.

I Perikardiet ingen Vädske.

Cor lille, slapt, sparsomt fedtbelagt, Spidsen dannes af venstre. Klapperne og endocardium i det hele naturlige. Myokardiet gråligt og slapt. Lungerne ere af naturlig Störrelse, noget randemfysematöse, ikke adhärente. I bageste Del af Lungen er der middelmådigt Ödem.

Bronkialglandlerne ere noget pigmenterede og svulne.

Ved Udtagelsen af Halsorganerne viser Partiet om Operationsstedet sig at väre stärkt infiltreret, med fast, nästen fibrös Nydannelse, som opadtil sträkker sig op langs de store Kar, nedadtil kan forfölges over Glandelpakettet ned på bägge Sider af trachea. De tilbageblevne Rester af trachea ere fuldständigt frie for Nydannelse, men Väggen er stärkt fortyndet; derimod sträkker Nydannelsen sig flere Cm. ned på det tilbageblevne Stykke af œsophagus og når til omtr. 3 Cm. fra cardia. Ved Udtagelsen af Halsorganerne åbnes en Retrofaryngealabsces.

I Underlivshulheden ingen Vädske. Milten er temmelig stor, slap, Kapslen diffust fortykket, på Snitfladen ses Farven blegröd, Vävet viser fremträdende trabekulär Tegning, er overalt sejt og vanskeligt sönderriveligt.

Ventriklens Slimhinde viser nogen Injektion af fundus, i övrigt intet abnormt. Pancreas naturlig, Galdevejene passable. I Galdeblären rigelig mörk Galde.

Leveren noget lille, meget slap. På Snitfladen ses Farven stärkt ikterisk, med blege, gullighvide acini om de noget mörkere gullige Kar. Der er lidt Fedt på Kniven. Vävet sejt, vanskeligt sönderriveligt.

Tarmen naturlig.

Nyrerne ere små, overordentlig slappe, Kapslen aflöses ret let fra den glatte Overflade. På Snitfladen ses Farven ensformig mörkeröd; corticalis smal, Tegningen utydelig, Konsistensen mör.

Vesica urinaria naturlig, ligesom Könsorganerne.

(Prosektor Dr. Borch.)

N:r 6. Cancer pharyngis. Resectio pharyngis et œsophagi. Exstirpatio laryngis.

Bodil Marie Olsen, 34 År, gift med Husmand, Värslöv, Kalundborg. Indkom på Kommunehospitalets 5te Afdeling d. 8 Dec. 1886. Patientens Helbred har i det väsentlige väret godt tidligere; hun mener, at hun i flere År har väret plaget af Synkebesvärligheder, särligt fremträdende i de 4 sidste Måneder, og har i denne Tid kun kunnet

nyde flydende Kost. I dette Tidsrum også Smerter i Halsen og Örene, navnligt venstre. I den sidste Tid nogen Hoste med Expektoration af Slim, dette af og til sangvinolent; fraregnet nogen Häshed, ingen Larynxtilfälde. Hun er magret en Del af og har fölt sig meget mat.

Udseendet nu ret kraftigt; men hun er mager (Vägtbestemmelsen mangler). Regio laryngis i sin Helhed noget fremdreven, men for övrigt frembyder Inspektionen og Palpationen af Halsen intet abnormt. Foran bägge sternocleidomastoidei enkelte små indolente Glandelsvulster. Dybt i Svälget kan man skimte Konturerne af en uregelmässig Ulceration, som ved Digitalexplorationen föles at begynde i Höjde med Arytænoidbruskene, indtagende Bagväggen og Sideväggene; dens nederste Gränse kan ikke nåes. Olivenexplorator N:r 25 (Charrière) märker en ringe Modstand bag cartil. cricoidea, men passerer så frit.

Laryngoskopien (Overläge HASLUND):

Omtrent i Höjde med Spidsen af epiglottis findes udgående fra bageste Svälgväg et Par tumores, som med bred basis rage frem i Svälget; de ere stillede symmetrisk og däkkede af naturlig Slimhinde, af Störrelse omtrent som en halv Nöd. Ved roligt Åndedrät ligge de lige op imod Randen af epiglottis; ved forceret Åndedrät löftes epiglottis, og man ser forbi Svulsterne, som synes at tabe sig nedad til; larynx fuldständig fri. Muligvis ere Svulsterne ikke fuldständig adskilte, i det der er nogen diffus Svulst af Slimhinden mellem dem.

Temperaturen normal. Den övrige Organundersögelse frembyder intet abnormt.

D. 11te Dec. Under Kloroformnarkose

dyb Trakeotomi

med Indläggelse af en tyk Kanyle, hvorigennem Narkosen fortsättes, som tidligere beskrevet. Derpå

pharyngotomia subhyoidea.

Da pharynx var åbnet, så man den överste Rand af Ulcerationen fra den venstre Sidehalvdel af Svälget, liggende i et lidt höjere Plan end cartil. arytænoidei. Hele Svälget var betydeligt formindsket i Tvärretning, i det Slimhinden var hypertrofisk, delvis granulerende. Ved at undersöge Forholdene närmere viste det sig, at Ulcerationen gennem venstre sinus pyriformis strakte sig over på Bagsiden af larynx, som det syntes, kun ladende et ganske smalt Parti af dennes höjre Siderand frit; man bestemte sig derfor til at fjärne larynx og pharynx in toto. Ulcerationen indtog for övrigt bägge Sidevägge og Bagfladen af pharynx, dannende nedad en tragtformet Striktur, som ikke tillod Fingren at passere. Rigeligt 1 Cm. fra Ulcerationens Rand omskreves Nydannelsen i pharynx, og pharynx lösnedes stumpt som et Rör fra Fortladen af columna; denne Lösning var usädvanlig vanskelig, da det perifaryngeale Bindeväv var så stärkt fortykket, og Nydannelsen hängte stärkt sammen dermed. Derpå anlagdes en nedadgående Hudincision på Fortladen af larynx, som stansede 1 Cm. fra Trakeotomisäret, og stumpt lösnedes larynx fra de prätrakeale Muskler. Som et samlet Rör fortsattes Lösningen nedad; men Nydannelsen strakte sig så langt ned i œsophagus, at man först omtrent 4 Cm. under cartil. cricoidea fölte en normal œsophagus. Ligesom Nydan-

nelsen endte tungeformet opadtil, således endte den også nedadtil, ragende dybest ned til venstre. Inden Gennemklipningen af œsophagus var den ved Tråde fixeret på sädvanlig Måde. Trachea var först gennemklippet i förste Trakealring og tamponeret som sädvanligt over Kanylen med tilsyet Jodoformgaze. Da Nydannelsen nedadtil syntes kun at väre omgivet af en temmelig smal Strimmel sund Slimhinde, haledes œsophagus i Vejret, og nu fjärnedes en omtr. 1 Cm. höj Ring af œsophagus. Den definitive Resektionslinie i œsophagus kom således, da Delene trak sig tilbage, til at ligge meget dybt, omtrent svarende til 1 vertebra dorsi. Under denne Del af Operationen var der nogen, men ikke särlig stärk Blödning, i det väsentlige venös, fra Gennemskäringen af pharynx, desuden fra en Del mindre Arterier. Efter Exstirpationen af pharynx, œsophagus og larynx fandtes hele Bunden af Såret ind imod columna belagt med hvidligt, stärkt fortykket Väv, som makroskopisk gjorde Indtryk af et cikatrisielt forandret, perifaryngealt Bindeväv. For en Sikkerheds Skyld fjärnedes dette in toto; det var flere Mm. tykt og lod sig med stor Lethed lösne fra Forfladen af columna; derimod var Lösningen fra de store Hovedkar mere besvärlig, og man måtte på bägge Sider fuldständig uddissekere carotis communis. På höjre Side så man et lille Parti af v. jugular. interna; overalt fik man det Indtryk, at det drejede sig om et reaktivt fortättet Bindeväv. Det lykkedes fuldständigt at fjärne alt, således at der kun blev blöde, naturlige Väv tilbage. Et lille Parti af venstre Halvdel af glandula thyreoidea fandtes kankröst henfaldent, hvorfor venstre Lap fjärnedes; ligeledes fjärnedes en Del af den prätrakeale Muskelmasse, som var bindevävsagtigt forandret. Under denne Del af Operationen enkeltvis Blödning, ikke särlig stärk; bägge artt. thyr. supp. bleve kuperede. Efter Operationens Slutning afvaskedes Såret med Sublimatvand, indpudredes med Jodoformpulver, et mellemtykt Gummirör (Charrière N:r 40) indförtes i Ventriklen, fästedes til Huden, 4 Silketråde fra œsophagus häftedes löseligt i Huden, Jodoformgaze indlagdes i Såret. Pudeforbinding.

Operationen havde varet lidt over 2 Timer; mod Slutningen var Patienten en Del medtagen, men rettede sig hurtigt. Narkosen fuldständig og rolig, kun lige efter Trakeotomien blev Respirationen noget uregelmässig.

De förste 2 Dage efter Operationen var Temp. $\frac{39}{38,5} - \frac{39}{38,9}$. P. 120. Hun befandt sig vel, naturligt Ansigtsudtryk, nogen Klagen over Törst, som lindredes ved at fugte Tungen; kun ringe Hoste, rolig Respiration. I höjre regio supraclavicularis kom der lidt Emfysem, som svandt efter nogle Dages Forlöb. Fik omtr. $\frac{1}{2}$ Pot Mälk + Kaffe i Dögnet samt Vin.

D. 14de Dec. Temp. $\frac{39,2}{38,3}$. Nöd i sidste Dögn $1\frac{1}{2}$ Pot Mälk samt Vin. Såret meget formindsket, ganske reaktionslöst, en Del Spytsekretion.

D. 15de Dec. Temp. $\frac{38,7}{37,7}$. Puls 88. Nöd 2 Potter Mälk og 1 Äg.

D. 16de Dec. Temp. $\frac{38,6}{37,9}$. Nöd 2 Potter Mälk, 1 Kop Bouillon, 2 Äg, ⅓ Flaske Portvin, 1 Kop Kaffe. Åbning efter ol. ricini.

D. 17de Dec. Temp. $\frac{38,2}{37,5}$. Senere normal Temp.

D. 21de Dec. sidder hun oppe.

Ösofagustrådene fjärnes i Dag.

D. 25de Dec. seponeres Ösofagussonden, og Sonden indföres nu 4 Gange i Dögnet.

D. 28de Dec. Er nu oppe 2 Timer dagl. Vägt 36730 Gram. Såret träkker sig stärkt sammen, Granulationerne af godt Udseende; Såret danner nu en Trekant, basis opad, dennes Bredde er 4½ Cm., Höjden er omtr. 3½ Cm. Hudlapperne have lagt sig således sammen, at de mödes komplet under Spidsen af Såret; på denne Hudflade 2 Åbninger, en överste til œsophagus, en nederste til trachea, bägge cirkelrunde og med ganske glatte naturlige Rande. Indgangen til œsophagus ligger 1½ Cm. under Spidsen af Såret. Afstanden mellem Ösofagusåbningen og Trakealåbningen er omtr. 2 Cm. Åbningen til œsophagus er omtr. 1 Cm. i Diameter.

D. 2de Januar 1887. Går nu oppe hele Dagen. Vägt 37500 Gram.

Udskreves d. 13de Januar 1887.

Hun fremstilledes i medicinsk Selskab d. 18de Januar 1887. Indgangsåbningen til de 2 Kanaler lå i den omtalte Afstand, dannede 2 ganske glatte Åbninger. Såret meget formindsket, dannede en et Par Cm. bred og höj naturlig Granulationsflade, i hvis Midte der endnu fandtes en knappenålshovedstor Åbning ind til Bunden af Svälget.

Hendes Almenbefindende fuldständigt godt, og Ernäringen i god Gang; 4 Gange dagl. indförer hun sin Sonde og får 3 Potter Mälk i Dögnet, 3 Äg, noget Vin og Kaffe samt Semoulevälling. D. 26de Januar vejer hun 38500 Gm.

I den exstirperede pharynx-larynx fandtes en Nydannelse, der indtog bageste Väg af pharynx i en Udsträkning af 7 Cm. og strakte sig om på bägge Sideväggene og den forreste Väg, hvor den i Midtlinien nåede med en Snip op til Höjde med basis af cartil. arytænoidei, men ud til Siderne strakte sig noget mindre langt op, så at sinus pyriformis på höjre Side overalt viste normal Slimhinde og på venstre Side kun i nederste Del var infiltreret. Aditus laryngis var ganske fri, både ligg. ary-epiglottica og epiglottis. Nydannelsen viste kun lige i sin Periferi en let ophöjet Rand af få Millimeters Bredde, som var fri for Ulceration; i övrigt var Nydannelsens Overflade uregelmässigt ulcereret. Det retrofaryngeale Väv var stärkt fortykket og hårdt; hverken i larynx eller i den överste Ende af trachea (hvoraf et Stykke, svarende til 2 Trakealringe, medfulgte) sås nogen Nydannelse.

Mikroskopisk fandtes Nydannelsen bygget som et Pladecelleepiteliom. Fra Epitelict strakte der sig lange, cylindriske Tappe ned i Slimhindens Väv, dannede af store, flade epiteliale Celler, som hist og her vare ordnede lögformigt, navnligt i centrum af Tappene; ud

mod disses Periferi fandtes hyppigt mindre kortcylindriske Celler, ordnede pallisadeagtigt, af Bygning som Cellerne i Epiteliernes dybeste Lag. Disse Tappe gik igennem Slimhinden i hele dens Tykkelse og ned i det submuköse Väv, hvor de strakte sig mellem Slimkirtlerne (der over alt syntes at forholde sig passivt), og ud i Muskulaturen, hvis Elementer for en stor Del vare atrofierede og fedtdegenererede. Tappene vare overalt omgivne af en meget rigelig Infiltration af Rundceller, der strakte sig betydeligt mere i Dybden end selve de epiteliale Dannelser og ligeledes i Nydannelsens Rand indfiltrerede Vävet omtr. 1 Mm. längere ud, end Epitelproliferation kunde erkendes.

De exstirperede Dele af det retrofaryngeale Väv viste kun ubetydelig Rundcelleinfiltration i Karrenes adventitia.

I det exstirperede Stykke Ösofagusslimhinde (nedenfor Nydannelsen) fandtes ingen sygelige Forandringer.

(Prosektor Dr. Borch).

To af disse Tilfälde ere döde i direkte Forbindelse med Operationen, hvoraf det ene septisk. I dette Tilfälde blev Operationen inkomplet, i det Gennemskäringen af œsophagus måtte ske i Svulstmasse. Muligvis har dette befordret Indträdelsen af de septiske Pnevmonier, hvoraf hun döde. Det kliniske Billede skulde have bragt En til at tro på en Jodoform-Intoxikation; Undersögelsen af Urinen påviste heller ikke Jod.

Det andet Tilfälde döde 2den Dag efter Operationen, under Symptomer, der tydede på en asystolia cordis; Sektionen blev ikke foretaget. Jeg tänker mig, at der her, i Analogi med andre lignende Tilfälde, jeg har observeret, har väret en Arteriosklerose af art. coronarii, fremkaldt af den i längere Tid för Operationen ufuldständige Ernäring i Forbindelse med Kancerens Påvirkning. Hun var ikke särligt medtaget af Operationen og havde tilsyneladende rettet sig efter denne. At Grunden skulde väre en »Schluckpnevmoni», kan näppe antages efter den korte Tid (omtr. 30 Timer), der var gået efter Operationen.

I alle mine övrige Tilfälde (8) har jeg ikke set Spor af septiske Tilfälde, der kunde skyldes Operationen.

I Sygehistorie N:r 3 döde Patienten 37 Dage efter Operationen, vel af Bronkopnevmonier, men her så langt fjärnet fra Operationen, at andre Potenser, navnlig hendes betydelige Debilitet, have spillet Hovedrollen; Såret var den Gang i god, naturlig Granulation; hendes Sygehistorie er särlig ejendommelig ved de vedholdende Bräkninger, hun led af, og som

indfandt sig nästen efter enhver Fodring. Da hun havde Sonden à demeure, trode vi, at det skyldtes, at denne var indfört for langt i Ventriklen; hverken dens Forkortning eller dens periodevise Indförelse hjalp noget. Ved Sektionen fandtes Rester af et gammelt ulcus ventriculi (Cikatrice), men for övrigt intet abnormt, hverken i Ventriklens Form eller i dens Slimhinde. Inden Operationen havde hun jo som omtalt i lang Tid väret på et minimum af Näring, og muligvis have ingesta efter Operationen fremkaldt en Katarr, som har väret Årsag i Bräkningerne.

Af mine 6 opererede lever altså nu kun 1, den sidst opererede. Imidlertid have 2 levet så länge, at man kan få et godt Begreb om Operationens Betydning i flere Retninger, således med Hensyn til Levevarigheden med de 2 Fistler, med Hensyn til Recidiver o. s. v.

Särligt N:r 1 må jeg igen vende tilbage til, da det for mig står som et opmuntrende Tilfälde — måske i Retning af radikal Helbredelse. Muligvis var Recidivet kommet, muligvis ikke, derom kan man intet särligt sige, kun så meget kan man sige, at så vel denne som den fölgende Patient glädede sig ved en fuldständigt god Helbred, en uforstyrret Ernäring, og at de bägge til stor Hjälp for deres respektive Familier opfyldte deres Gerning; ligeledes tror jeg også at kunne sige, at Döden var her langt mindre kvalfuld, end hvis Kanceren havde udviklet sig som ellers, opfyldende Svälget og larynx.

Endelig må N:r 1 endnu en Gang fremhäves, da Operationen her havde väret så dybt gribende over på œsophagus, og dog uden Recidiv. Hos den anden Patient kom Recidivet udgående fra Bindevävet om Karrene.

Også i andre Retninger have Sektionerne väret oplysende; af de 5 döde er der hos de 4 foretaget Sektion, og hos ingen af dem er der påvist andre Svulstmetastaser.

Mine — rigtig nok få — Erfaringer synes at tyde på, at cancer i pharynx holder sig regionärt og derfor end yderligere opfordrer til operative Indgreb, helst tidlige som ved enhver cancer. Stedet kan altså paralelliseres med rectums Forhold til cancer, hvor man jo i flere Tilfälde ved Exstirpationen har fået radikale Helbredelser. Muligvis findes der også i pharynx beslägtede Forhold, i det Kancermassen, som i mit sidste Tilfälde, var omgiven af en Zone af reaktivt induréret Bindeväv, der i lang Tid kan opholde Nydannelsens videre Fremskriden.

Forskellige Indvendinger kunne vel fremsättes imod disse Operationer, hvis Tal endnu er for ringe til deraf at drage vidtgående Slutninger. Jeg har kun en personlig Erfaring, da ingen anden, så vidt jeg véd, har gjort Operationen på denne Måde.

Indvendingerne kunne begrundes 1) i Frygten for den öjeblikkelige Virkning, som en så stor Operation har på Patienten, 2) i Faren for sepsis, 3) i de muligvis usikre Resultater med Hensyn til Recidiverne, 4) i Mutilationen med Hensyn til Stemmens Tab, 5) i de Vanskeligheder, som Ernäringen kunde medföre.

Ad 1 har jeg kun hos én Patient set en Shokvirkning; men hun döde först over 1 Dögn efter Operationen, efter at hun i Mellemtiden var kommen fuldständigt til sig selv; Sektionen mangler desto värre.

I alle de andre Tilfälde have Patienterne ikke väret mere påvirkede, end man jävnligt ser efter större Operationer.

Ad 2 tror jeg, at man nu i Jodoformen i Forbindelse med den övrige aseptiske Sårbehandling har så sikre Garantier, som man kan forlange. Som omtalt döde af mine 10 Tilfälde kun 1 septisk, og det endda under särlige Forhold; dette danner en smuk Modsätning til de tidligere slette Resultater (s. Afhandlingen), hvor der af 20 opererede döde Halvdelen.

Ad 3 kan man jo kun henvise til mit 1ste Tilfälde; men her ligger det i Sagens Natur, at, jo mere udbredt Operationen må göres, desto mere Chancer er der for Recidiv.

Ad 4 må man huske på, at Stemmen ganske almindeligt tabes under de almindeligt forlöbende Tilfälde af cancer pharyngis, i det en Trakeotomi sent eller tidligt bliver nödvendig. I mine 2 Tilfälde have Patienterne, som omtalt, kunnet göre sig forståelige på en märkvärdig tydelig Måde.

Den 5te Indvending har jeg derimod fået mest Respekt for ved at se Sektionen i mit 2det Tilfälde. Da jeg havde set, at Ernäringen gik så godt for sig, Patienterne bleve tykke og fede, Ventriklen godt tålte den indhäldte Föde o. s. v., havde jeg ikke tänkt på, at der kunde komme Vanskeligheder fra œsophagus. Som omtalt forbavsedes man ved ved denne Sektion at finde en så atrofieret œsophagus, at den på ét Punkt havde givet efter for Sonden, der var perforeret ind i höjre pleura, hvorind i hun altså havde häldt sin Föde.

I intet af mine övrige Tilfälde har jeg set noget lignende, ej heller fra Literaturen kender jeg noget tilsvarende Exempel. Muligvis kunde man forklare det som en Inaktivitetsatrofi, da œsophagus kun var bleven brugt som en inert Leder for Sonden; imidlertid må man dog antage, at her må have väret särligt disponerende Momenter til Stede, som have indledet denne Atrofi, og särligt kan man måske henpege på Fedtdegenerationen af Myokardiet, som vel må paralelliseres hermed.

For at modarbejde denne Atrofi må man altså for Fremtiden dels jävnligt foretage Irritationer af pharynx, som er det eneste Middel, der ad Reflexens Vej kan udlöse Peristaltiken, dels ikke vänne Patienten til at före Sonden helt ned i Ventriklen; ved at indföre Sonden kun et Stykke ind i œsophagus, kan man tvinge Kanalen til selv at transportere Föden videre og således modarbejde Inaktivitetsatrofien.

Vist nok gå Patienterne ved en sådan Sonde-Ernäring, ligesom ved en hver Gastrostomi, glip af Spyttet, der jo som bekendt spiller en stor Rolle i det intermediäre Stofskifte. Men jeg har endnu ikke kunnet bekvemmet mig til at läre Patienterne först at tygge Maden og så spytte den ud i et Kar, hvorfra den så spröjtes ind i Ventriklen; muligvis vil en eller anden Patient måske bruge denne Metode, som er meget rationel, men i höj Grad modbydelig.

Ved disse Operationer tilsigter man altså en radikal Helbredelse, men kun under den Form, at man må byde Patienterne de samme Fistler, som man får ved Trakeotomien og Gastrostomien, når de bruges som palliative Operationer under sådanne Forhold.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om de yttre iliakalkörtlarnas sjukliga förändringar vid ljumskbuboner.

Af

Prof. E. ÖDMANSSON
i Stockholm.

Det ämne, som utgör föremålet för denna uppsats, har hittils ådragit sig ringa uppmärksamhet, fastän det ligger nära till hands. Af en föregående tids syfilidologer sysselsätta sig ASTRUC och HUNTER därmed i sina afhandlingar om veneriska buboner, men bägge förneka, att buboner kunna förekomma i de inre körtlarna. ASTRUC [1]) säger sig aldrig själf hafva sett något dylikt och vet ej häller, att någon annan gjort en sådan iakttagelse. Denna immunitet hos de inre körtlarna anser han kanske bero därpå, att de ständigt befinna sig i en omgifning med hög temperatur, »hvarigenom lymfan bättre bibehåller sin naturliga fluiditet och, om den någon gång stelnar, lättare resolveras än i de yttre körtlarna, som äro utsatta för köldens inverkan»; hvartill kan läggas, att de inre körtlarna icke träffas af slag eller tryck, som ofta förorsaka lymfans stannande i de yttre körtlarna. HUNTER [2]) antager, att endast de körtlar angripas, som äro närmast sjukdomens säte, och att man aldrig finner de lymfkärl och körtlar afficierade, som komma i andra ordningen såsom de längs vasa iliaca eller ryggraden. Man kunde, säger han, föreställa sig, att giftet under passagen till den första körtelserien så försvagades eller i denna så förändrades, att det ej kunde inficiera den andra eller tredje

---

[1]) Traité des malad. ven. Paris 1740, tome II, s. 266.
[2]) A Treatise on the ven. Disease. London 1786, s. 260.

serien af körtlar; men en sådan förklaring duger ej inför det faktum, att de körtlar, som ligga ofvanför suppurerande buboner, icke angripas af det veneriska giftet. Han anser därföre, att den inre belägenheten af dessa körtlar förhindrar deras retning och menar i sammanhang härmed, att det är huden, som förorsakar retligheten i de yttre lymfkärlen och körtlarna; detta må nu bero på någon särskild egenskap hos huden eller andra omständigheter, såsom luftens eller köldens inverkan m. m. HUNTER frånkänner sålunda »det veneriska giftet» förmågan, att ensamt för sig kunna framkalla någon retning i lymfsystemet.

I en senare tid inlåter sig RICORD [1]) på samma fråga, dock endast i afseende å den virulenta schankerbubonen. Han framhåller, att endast de ytliga körtlarna angripas och att schankergiftets inverkan ej sträcker sig utöfver den körtelgrupp, i hvilken lymfkärlen från det sjuka partiet inmynna. Aldrig träffar man i de djupa ganglierna »det, som utmärker den specifika bubonen eller virulent, inokulabelt var». RICORD betonar särskildt det märkliga förhållandet, att vid suppurerande »specifik» bubon de lymfkärl icke inficieras, som därifrån utgå eller de körtlar, som följa på dem. »Lika som om den virulenta infektionen icke kunde öfvergå från ett ganglion till ett annat genom de interganglionära lymfkärlen».

Denna den virulenta bubonens oförmåga att inficiera de ofvanför liggande körtlarna, den omständigheten att vid enkel schanker förekomma buboner af olika slag samt det negativa resultat, som inokulation med var från schankerbubonen genast efter dess öppnande gifver (8 egna fall), föranledde TRÄGÅRDH [2]) att förneka den virulenta bubonen såsom en direkt följd af schanker. Nyligen har äfven STRAUSS [3]), på den grund att inokulation från schankerbubon genast efter dess öppnande i 42 fall misslyckades och att under lämpliga försigtighetsmått i inget af dessa fall bubonsåret antog karakteren af en schanker, uppträdt emot den gällande åsigten, att en schanker omedelbart kan framkalla en virulent bubon. Bägge dessa författare antaga, att denna bubonform endast uppstår därigenom, att schankergift tillfälligtvis öfverföres på ett enkelt bubonsår, och således att lymfbanorna i allmänhet och ej blott

[1]) Leçons sur le chancre. Paris 1858, s. 33.

[2]) Hospitals-Tidende. Köbenhavn 1879, s. 1049 o f.

[3]) Annales de Derm. et de Syph. Tome IV, s.

de interganglionära sakna förmågan att upptaga och forsla något gift från en schanker. Om denna mening vore riktig, skulle de inre körtlarnas immunitet vara lätt förklarad.

Å andra sidan har AUBERT[1]) på experimentel väg sökt ådagalägga, att det är den i kroppens inre herskande höga temperaturen, som förhindrar schankergiftets verkan, och sålunda i afseende å den virulenta schankerbubonen kommit till samma resultat som ASTRUC i fråga om sin tids veneriska bubon i alla dess former. AUBERT fann, att, om schankervar under en timme utsättes för en temperatur af 42—43° C., inokulation med det samma gifver negatift resultat och att till och med en temperatur af 38—38,5° är tillräcklig för tillintetgörandet af inokulabiliteten, i fall den får inverka under 16 till 18 timmar. Han antager därför, att den enkla schankrens virus, som måste anses vara en bakterie, icke kan utveckla sig vid den i människokroppens inre rådande temperaturen och dödas, om den tillräckligt länge utsättes för den samma. Denna uppfattning förklarar, enligt AUBERT, åtskilliga förhållanden, som annars äro svåra att förstå såsom dessa: att den virulenta bubonen ej inficierar ofvanför liggande körtlar; att en schanker å os uteri aldrig framkallar en virulent bubon i glandulæ hypogastricæ, samt att inokulation från schankerbubonen vanligen lyckas först någon tid efter dess öppnande. PRIMO FERRARI[2]), som tror sig hafva funnit schankerbakterien, sluter sig helt och hållet till AUBERTS mening, hvilken äfven på andra håll synes vinna terräng.

Men om det nu också kan anses vara höjdt öfver alt tvifvel, att den virulenta ljumskbubonen icke kan gifva upphof åt en likartad sjukdomsprocess uti iliakalkörtlarna, orsaken må vara hvilken som hälst, så är därmed ingalunda gifvet, att denna eller andra bubonformer icke kunna vara utgångspunkten för *några* förändringar uti de nämnda körtlarna. Literaturen är fattig på bestämda och säkra positiva uppgifter i detta afseende, men de saknas icke. Sålunda uttalar CLERC[3]) i afseende å den strumösa bubonen den åsigten, att hos sjuka, behäftade med kroniska ljumskbuboner, körtlarna uti iliakalregionen ofta äro sätet för en sjuklig förändring, och att en ansvällning af dessa körtlar i synnerhet af dem, som hafva

---

[1]) Annales de Derm. et de Syph. Tome IV, s. 737 o. f.

[2]) » » » » » » 1885, s. 488 o. f. Ref.

[3]) » » » » » » 1869, s. 439 o. f.

sin plats i ljumskens granskap, genom palpation kan konstateras. Denna adenopathia iliaca kan stundom förorsaka en lifsfarlig peritonit. Härpå anför han två exempel från RICORDS afdelning å l'hopital de Midi från 1843 og 1884, i hvilka vid förhandenvarande strumös ljumskbubon erysipelas utvecklade sig å dennas hudbetäckning och därefter peritonit uppträdde, för hvilken patienterna dukade under. Vid obduktionen fans allmän peritonit, mest uttalad i regio inguino-iliaca på den sida, där bubonen hade sin plats. I det ena fallet anträffades vid inre mynningen af canalis cruralis och tätt inpå peritonæum en körtel, något större än en nöt med särdeles tunn kapsel och fyld med var, samt därjämte några andra körtlar i närheten, ansvälda men ej suppurerande. I det andra fallet var ganglion crurale voluminöst, men utan varbildning, och 5—6 andra iliakalkörtlar ansvälda. Uti ännu två liknande fall har CLERC iakttagit allmän peritonit med dödlig utgång i det ena, och säger, att CULLERIER och BOURDON iakttagit dylika casus. BERKELLY HILL [1]) omtalar ett fall från Charity Hospital i Newyork.

CLERCS fall af peritonit vid strumös bubon refereras af en del författare, men ingen talar, så vidt jag kunnat finna, om de mindre farliga ansvällningar af iliakalkörtlarna, som enligt CLERC ofta förekomma vid strumösa buboner, och hvilka ingalunda sakna vigt och intresse. Möjligen beror detta därpå, att CLERC endast yttrat sig i allmänhet utan att anföra några sjukdomsfall.

FOURNIER [2]) har lemnat oss exempel på ansvällning af iliakalkörtlarna vid primär syfilis. Hos tre kvinnor, som hade »syfilitiska schankrar» i vulva och afledo till följd af interkurrerande sjukdomar, funnos längs vasa iliaca ext. resp. 4, 5 och 9 körtlar af en mandels till en nöts storlek. FOURNIER anser dessa körtelsvulster, lika väl som de i ljumskarna befintliga, bero på inverkan af det syfilitiska giftet. De hafva, enligt F., ingen stor praktisk betydelse, ty de ligga i allmänhet för djupt för att vid undersökningen kunna upptäckas och, i fall de kändes, skulle de icke lägga något till det i och för sig så bestämda diagnostiska bevis, som körtelsvulsterna i ljumsken lemna. De äro däremot af vigt för läran om syfilis såsom

---

[1]) Syphilis and Local contagious Disorders. London 1881, s. 478.

[2]) La Syphilis chez la Femme. Paris 1873, s. 213 o. f.

möjligen angifvande den väg, som det syfilitiska giftet följer vid sitt inträngande i organismen.

De lymfkörtlar, som hafva sin plats längs vasa iliaca externa, växla mycket till antal, läge och storlek hos olika personer och äfven hos samme individ på de bägge kroppssidorna. De kunna skiljas i en främre afdelning, som ligger utmed lig. Poupartii och en bakre, hvilken är regellöst spridd öfver kärlens vidare förlopp till bifurkationen af vasa iliaca communia. De förra äro för oss vigtigast, enär de långt oftare afficieras än de senare, som dock ej äro fritagna. De äro vanligen till antalet två eller tre, af hvilka en tämligen konstant har sin plats bakom innersta delen af lig. Poup. och innanför vena iliaca, medan en hvilar på vasa iliaca eller ligger utanför arteren eller stundom finnes på bägge dessa ställen. Endast sällan träffas den yttersta och den innersta dubbel. Denna sist nämnda körtel, som oftast af alla företer sjukliga förändringar, ligger vanligen omedelbart öfver kruralkanalens öfre mynning — hvaraf den stundom brukade benämningen ganglion crurale — fri och rörlig i den rikliga subperitoneala bindväfven, än hvilande å öfre randen af os pubis, än något höjd däröfver. Någon gång träffas den litet längre bakåt eller äfven helt och hållet innanför linea arcuata och då på växlande höjd. Endast undantagsvis ligger körteln till en del under ligamentet mellan venen och den fria randen af lig. Gimbernati. I detta fall motsvarar den, såsom HENLE säger, författarnes öfversta djupa ingvinalkörtel, den s. k. Rosenmüllerska körteln, hvilken blifvit särskilt uppmärksammad af kirurgerna såsom intresserad vid lårbråck. Att en eller flere djupa ingvinalkörtlar verkligen kunna anträffas i kruralkanalen och däribland en vid kanalens öfre mynning kan icke betviflas, då sådana anatomer som HYRTL, QUAIN, SAPPEY och HENLE så uppgifva, men jag vågar tro, att detta är undantag och icke regel. På senare tiden har jag flere gånger vid obduktioner och för ändamålet gjorda dissektioner sökt efter dessa körtlar men alltid förgäfves utom hos ett spädt barn, där två små körtlar funnos i nedre delen af kruralkanalen. Den innersta iliakalkörteln är äfven hos lefvande personer icke sällan så rörlig, att man med fingret lätt kan skjuta den från dess vanliga plats fram under ligamentet, hvarom mera längre fram. Jag kan ej se

något skäl, hvarföre icke detta äfven skulle kunna ske genom en framfallande tarmslynga, och den innersta iliakalkörteln sålunda vid bråcksnitt kunna träffas inom kruralkanalens område. Om slutligen där vanligen existerade en körtel i öfversta delen af kruralkanalen, så skulle denna alldeles otvifvelaktigt ofta afficieras tillsamman med iliakalkörtlarna, och man skulle med lätthet känna den, men med frånseende af nyss nämnda undantag känner man aldrig någon körtel på detta ställe. Jag förmodar därför, att man i allmänhet sammanblandar den blott undantagsvis förekommande öfversta djupa ingvinalkörteln eller den s. k. Rosenmüllerska körteln med den innersta iliakalkörteln.

Uti iliakalkörtlarna och särskildt deras främre afdelning kunna patologiska förändringar anträffas tillsamman med ljumskbuboner af alla slag och vid strumösa buboner hör detta till regeln. Till sin anatomiska beskaffenhet är denna körtelaffektion utan tvifvel likartad med den, som under samma förhållanden förefinnes i ljumskkörtlarna, och sålunda resultatet af en mer eller mindre utpräglad inflammationsprocess, men denna är jämnförelsevis långt mindre ofta akut och ledande till varbildning än i ljumskkörtlarna. Detta senare förhållande lär äfven i våra dagar ej alltid kunna nöjaktigt förklaras, i synnerhet vid öppna och djupa ljumskbuboner, där man skulle tycka, att bubonsåret står i samma relation till iliakalkörtlarna som den periferiska lesionen till ljumskkörtlarna.

Dessa sjukliga förändringar uti iliakalkörtlarna har jag nästan endast varit i tillfälle att kliniskt studera, enär obduktion i dylika fall sällan och endast tillfälligtvis förekommer. Till dem hör i första rummet en förhårdnad och ansvällning af en eller flere körtlar med bibehållande af deras rörlighet. Denna ansvällning kan växla inom ganska betydliga gränser och man finner sålunda än körtlar af en kastanjs storlek eller ännu större, än åter så små, att det ej kan med visshet afgöras, om man har för sig en förstoring af körtlarna eller blott en mer eller mindre betydlig förhårdnad. Deras rörlighet angifver, att sjukdomsprocessen är fullständigt eller i det närmaste begränsad till själfva körteln; dock bör härvid erinras, att någon gång körteln ursprungligen kan vara fixerad vid underlaget. Svulsten ligger antingen helt och hållet bakom ligament. Poup. eller höjer sig i förhållande till sin storlek och körtelns ursprungliga läge mer eller mindre öfver detta. I

andra fall häntyder svulstens storlek, form och orörlighet därpå, att man äfven har att göra med en periadenit. Härvid kan man ofta nog af dess form afgöra, om den utgått från en eller flere körtlar, ty i senare fallet är dess bas mera långsträckt, och stundom kännes dess öfre yta något loberad. I de flesta fall omfattar svulsten endast en eller flere af de främste körtlarna, men understundom är den så djup, att däruti antagligen äfven ingår en eller annan körtel, som har sin plats bakom den främsta serien; detta är man någon gång i tillfälle att konstatera vid svulstens tillbakagång. Svulsten höjer sig vanligen 2 till 3, stundom 4 till 5 cm. eller ännu mera öfver lig. Poup. Dess öfver ligamentet befintliga del är än mera djup och orörlig, än åter tunnare och lätt rörlig med bukväggen. Inåt kunna dessa svulster närma sig kroppens medellinie på ett afstånd af omkr. 2½ cm., utåt sträcka de sig vanligen icke längre än till midten af lig. Poup., men kunna stundom gå längre utåt eller äfven bakåt samt i sådant fall fylla en del af den egentliga fossa iliaca. Uti mera sällsynta fall inställer sig suppuration i svulsten, hvarvid denna kan utgå från svulstens centrum och således antagligen från körteln eller från någon del af periadeniten. Om abscessen lemnas åt sig själf, kan stundom varet absorberas eller tömmer den sig öfver eller under lig. Poup. I fall någon gång varbildning skulle uppstå i en körtelsvulst, som har sin plats inom lilla bäckenets område, lär väl äfven en sänkning nedåt detta kunna förekomma. En ringa lokal peritonealretning torde icke vara sällsynt, men endast i ett fall förekom allmän peritonit, som dock endast på exklusionens väg kunde skrifvas på svulstens räkning.

Då de främre iliakalkörtlarna äro hårda eller därjämte ansvälda, kännas de i allmänhet med lätthet vid slappa bukväggar och hos icke altför feta personer. Någon gång kan undersökningen tils vidare försvåras eller omöjliggöras därigenom, att en ljumskbubon sträcker sig så högt upp öfver lig. Poup., att det i fråga varande partiet är oåtkomligt för palpation. Den innersta iliakalkörteln träffas, då den är afficierad, vid tryck bakåt eller bakåt och nedåt i själfva vinkeln, som bildas af musculus rectus abd. och lig. Poup. Stundom känner man här ingen körtel, men väl något längre utåt, då vanligen arterens pulsation kan lemna en säker ledning för bedömande af körtelns precisa läge. Då den ansvälda innersta körteln är fullt rörlig och ej för stor, kan man understundom,

när man lyckas applicera tryck bakom den samma, iakttaga, att den hastigt flyttar sig under lig. Poup. och denna manipulation kan äfven någon gång dock ej fullständigt lyckas med en körtel, som har sin plats något längre utåt men bakom lacuna vasorum. Med ett finger bakom körteln och ett på ligamentet kan man sålunda under omväxlande tryck låta den springa fram och tillbaka. Under gynsamma omständigheter kan man äfven utan svårighet känna längre bakåt befintliga isolerade körtelsvulster. Dessa förekomma dock sällan, äro oansenliga till storleken och träffas endast tillsamman med förändringar i de främre körtlarna. Från den sist nämnda regeln har jag dock iakttagit ett par undantag.

Den första afdelningen af här nedan anförda sjukdomsfall består af sådana, där suppuration inträdt i körtelsvulsten. De utgöra alla de fall af denna beskaffenhet, som jag sedan längre tid tillbaka iakttagit.

Fall 1. C. T., 20 år, sjöman, intogs på Stockholms kurhus d. 17 okt. 1872.

I slutet af juli sår å penis, som läktes efter en vecka. Omkr. två veckor därefter en svulst i högra ljumsken, hvilken behandlades med jodpensling och vattenomslag. I midten af september öppnade sig svulsten.

Vid inkomsten fans i inre delen af högra ljumsken ett mindre, tämligen djupt sår med åt bägge sidor underminerad hud; denna uppskars. Såret behandlades med karbolvatten och tycktes arta sig väl. I början af nov. uppstod någon svårighet för patienten att sträcka högra låret samt någon värk i dess öfre del. Då han d. 20 nov. ville stiga ur sängen, strömmade en mängd var ur bubonsåret.

D. 5 dec. såg jag patienten för första gången. Han var blek och matt med lindrig feberrörelse och tämligen hastig puls. Bubonsåret, af 3 cm:s längd, rent och i öfrigt ytligt men med en djup fistelgång i midten. Trakten under lårvecket fylligare på höger än vänster sida. Ringa flytning ur fisteln, då pat. ligger stilla, men betydlig afsöndring af tjockt var, då han reser sig i sängen eller då man applicerar tryck med handen omfattande adduktorerna. Bakom lig. Poup. och hela främre delen af fossa iliaca kännes en stor, hård, ömmande ansvällning. Vid tryck å den samma framkommer ej något var ur fisteln. I öfrigt ingenting anmärkningsvärdt. Varet uttrycktes så mycket sig göra lät, fistelgången spolades med karbolvatten, och pat. fick kina invärtes.

Hans tillstånd förblef länge sig tämligen likt. Tidtals fann han sig något bättre, tidtals sämre; växlingen berodde vanligen på, i hvad mon varet hade fritt aflopp eller ej. I slutet af jan. 1873 uppstod ett ödem i nedre yttre delen af högra clunis. Detta ökades små-

ningom, fluktuation började kännas på djupet, och incision gjordes d. 27 febr., då en ganska stor kvantitet var uttömdes. Efter denna tid blef pat. feberfri och fann sig i allo bättre. Varafsöndringen från ljumskfisteln upphörde nästan fullständigt.

Svulsten i fossa iliaca hade härunder blifvit ännu större. I början af april uppkom en intensiv värk i den del af den samma, som hade sin plats bakom och öfver midten af lig. Poup. Den ansvälde ännu mera, hudbetäckningen blef röd, fluktuation instälde sig, och den bildade abscessen tömde sig redan efter några dagar genom det gamla bubonsåret. Afsöndringen från denna källa förminskades hastigt och blef snart ringa eller ingen.

Patienten stannade på sjukhuset till den 11 maj. Vid utskrifningen var han blek och klen, men utan smärtor, och feberfri. Hans urin hade på sista tiden börjat hålla albumin. Ur abscessöppningen å lårets baksida afsöndrades fortfarande ej obetydligt var, dock i växlande mängd, stundom något blodblandadt, ur den främre öppningen i ljumsken helt litet. Den betydliga ansvällningen i fossa iliaca kvarstod, mera indolent. En fördjupning kändes i svulstmassan bakom lig. Poup., där abscessen haft sin plats. Höftleden, så vidt utrönas kunde, frisk. Pat. kunde gå något med tillhjälp af käpp. Han lefde ännu ett år därefter, men sedan förlorade jag honom ur sigte.

Fall 2. S. I., 31 år, embetsman, rådfrågade mig i okt. 1875 för en enkel schanker i fossa coronaria, som redan varat någon tid och nu var nästan ren. Han hade därtill en föga ömmande, mindre körtelsvulst i bägge ljumskarnas inre del.

Såret höll sig tämligen länge öppet. Ljumsksvulsterna ökades småningom i storlek, periadenit tillkom, och fluktuation uppträdde helt långsamt. Bägge bubonerna, som hade sin plats mellan inre delen af lig. Poup. och ljumskvecket, öppnades medelst incision. I sårens botten funnos några om också ej stora körtlar, och fistelgångar utbildade sig, så att läkning ej kom till stånd förr än vid jultiden. I febr. 1876 återkom pat. och omtalade, att han sedan någon tid erfarit en stramning i vänstra ljumsken vid gång. Vid undersökning fans i vänstra regio iliaca en djupt liggande, stor svulst i bukväggen, sträckande sig från lig. Poup. uppåt, fluktuerande, föga ömmande och med blek, rörlig hudbetäckning. Omedelbart öfver inre delen af högra lig. Poup. kändes på djupet en nära valnötstor, föga ömmande, fluktuerande knöl. Pat. såg frisk ut och fann sig väl.

Abscessen i vänstra regio iliaca tappades medelst en sonde exploratrice, hvarvid uttömdes en mängd något tunnt var. Ett tryckförband anlades, men redan efter en vecka var hålan åter fyld. Efter en ny tappning på samma sätt, fylde den sig åter till hälften och höll sig så några dagar, hvarefter innehållet började absorberas och efter någon tid fullkomligt försvann. Å svulsten i högra ljumsken anlades genast tryckförband och här absorberades småningom varet utan vidare ingrepp, men en mindre, hård knöl kändes därstädes, så länge jag följde patienten.

Fall 3. J. A. C., 25 år, arbetare, intogs på kurhuset den 5 januari 1878.

Patienten hade omkr. 4 månader förut fått en enkel schanker å penis, som läktes efter 7—8 veckor, men ärret hade sedermera tidtals varit rödt och vätskande. I början af nov. fick han dröppel, som upphörde i slutet af dec., men samtidigt uppstod en ömmande körtelsvulst i högra ljumsken.

Vid inkomsten fans till höger i fossa coronaria en ringa, ren exkoriation samt i högra ljumskens inre del en nära hönsäggstor, nästan indolent, hård svulst med blek hudbetäckning. Tryckförband anlades å bubonen. Denna minskades något, men i midten af febr. började huden rodna, och någon fluktuation uppstå. Då nu huden efter hand blef alt tunnare, och patienten erfor smärta i svulsten, gjordes incision i hela dess längd, hvarvid i sårets botten visade sig en låg körtelsamling. Denna började inom kort betäcka sig med granulationer, och såret tycktes vilja gå till läkning, då en mindre abscess bildade sig vid dess inre vinkel och tömde sig i dess botten. I början af april uppstod utanför såret, således i ljumskens yttre del, en abscess, som öppnades genom incision. I början af maj ansvälde bubonsårets botten, blef hård och ömmande. Patienten började snart klaga öfver ömhet och spänning i nedre delen af bukens högra sida. Här kändes omedelbart öfver lig. Poup., och sträckande sig upp i hela främre delen af fossa iliaca, en stor, hård ansvällning, ömmande för tryck men icke hindrande benets rörelse. En abscess utvecklade sig i svulsten och tömde sig i midten af maj genom en fin öppning i det yttre af de under lig. Poup. befintliga såren. Afsöndringen var till en tid riklig men minskades fram uti juni och blef tunnare. En sond kunde införas under ligamentet genom lacuna musculorum i riktning bakåt och något uppåt till ett djup af 8 cm. I slutet af juni var det inre bubonsåret läkt och likaså det yttre utom en liten fläck, som utgjorde öppningen för fistelgången. Ansvällningen i fossa iliaca förminskades småningom, och fistelgången blef kortare samt var fullkomligt och väl läkt d. 19 aug., då pat. utskrefs med kvarstående ej obetydligt men indolent infiltrat i fossa iliaca. Vid inkomsten hade han ett friskt och kraftigt utseende, föll betydligt af men repade sig och hade vid utgången godt hull och goda krafter.

Fall 4. N. A., 18 år, eldare, intogs å kurhuset den 20 januari 1878.

I början af sistl. oktober fick patienten dröppel, som efter behandling med copaiva och injektioner skall hafva upphört efter 4 veckor. I slutet af dröppelns andra vecka uppstod i högre ljumsken en körtelsvulst, som ömmade och värkte samt hastigt ökades i storlek. Sedan bubonen under tre veckor blifvit behandlad med grötomslag, öppnade den sig, hvarvid en mängd var utrann. Svulsten minskades nu, men ur såret har sedermera afsöndrats än mera, än mindre var. Vid jultiden uppkom en svullnad å yttre främre delen af högra låret, hvilken vållade patienten smärtor och svårighet att gå. Den minskades efter någon tids behandling med grötar.

Patienten, inom hvars slägt tuberkulos förekommit, är blek och af klen kroppsbyggnad. Måttliga körtelsvullnader å halsen, i axillerna och i bägge ljumskarna, mest den högra. I den sist nämnda ljumsken, 2 cm. utanför midten och omedelbart under lig. Poup. finnes en gåspennstor öppning i huden med rena, lätt granulerande ränder, hvarur så väl spontant som vid tryck ofvanför den samma afsöndras en än mera klar än varlik vätska. Genom denna öppning kan en sond införas under lig. Poup. i riktning bakåt och uppåt i fossa iliaca till en höjd af 7,5 cm. I hela främre delen af fossa iliaca kännes en betydlig och hård ansvällning, som utåt sträcker sig till spina il. ant. sup. och inåt slutar tvärt i linie med en punkt något innanför midten af lig. Poup. Ansvällningen ömmar föga eller icke äfven vid djupt tryck. Benet kan böjas och sträckas med lätthet och utan smärta. Å mellersta tredjedelen af högra lårets främre yttre del finnes en icke obetydlig infiltration i huden och subkutana bindväfven med blåaktig färgning af den förra. Partiet ömmar för tryck, har höjd temperatur och företer å nedre delen fluktuation i ringa utsträckning.

Patienten är teberfri. Lindrig mjältansvällning. Undersökning af blodet angifver en ej obetydlig förökning af de hvita blodkropparna. Föreskr. ol. jecor. aselli c. ferro samt desinficerande sköljningar af abscesshålan i fossa iliaca.

D. 20 febr. punkterades det fluktuerande partiet nedtill å lårsvulsten, hvarvid uttömdes en ringa kvantitet var, och d. 27 febr. gjordes punktion å öfre delen af ansvällningen, hvarest äfven fluktuation uppträdt. Å senare stället inkom man med sonden i en vidlyftig, huden underminerande håla, fyld af en lös granulationsväfnad.

Tillståndet förbättrades efter hand. D. 1 april var svullnaden å låret försvunnen och hålan läkt. Ansvällningen i fossa iliaca var något minskad men fistelgången kvarstod, och sonden kunde införas till en längd af 8—9 cm. Den började nu blifva kortare och trängre samt var fullkomligt läkt i midten af juni. I fossa iliaca kändes ännu en hård, indolent infiltration, då patienten utskrefs d. 17 juni. Hans allmänna tillstånd var då godt och utseendet vida friskare än vid inskrifningen.

Anteckningen öfver detta fall är förd af då varande underläkaren d:r M. Salin, som skötte patienten.

Fall 5. L. W. A., 19 år, litograf, intogs å kurhuset den 17 november 1883.

Nyligen vårdad under lång tid å annat sjukhus för en kronisk bubon efter dröppel, utskrefs därifrån d. 11 sept. Ny dröppel d. 24 okt. Redan dessförinnan vill han hafva känt en svullen körtel i vänstra ljumsken. Denna svulst ökades i storlek och började blifva mjuk.

Vid inkomsten en valnötstor fluktuerande bubon i vänstra ljumsken strax innanför det stora ärret efter den förra bubonen och omedelbart under samt delvis framför lig. Poup. Öfver ligamentet kändes därjämte en på djupet liggande och ned bakom det samma sig sträc-

kande stor, hård, något ömmande svulst. Ringa flytning från urinröret. Patienten hade ordinär kroppsbyggnad och friskt utseende.

Bubonen öppnades genast, och såret var ganska djupt. Svulsten bakom lig. Poup. blef efter en veckas tid säte för en betydlig värk och ömhet samt ökades i storlek. Detta fortfor, och d. 29 nov. uttömde sig en abscess i bubonsårets botten. Patienten hade redan under abscessens utveckling ej obetydlig feber. Denna ökades, kopiös svettning tillkom, och han blef ganska svag. Vi försökte vidga den långa och tydligen öfver ligamentet löpande gången med press-svamp och mjuka sonder, men, då därmed ingen ting vans och patientens krafter alt mera förföllo, verkstäldes d. 20 dec. operation af då varande underläkaren d:r Westermark. Ett längre snitt lades strax öfver och parallelt med lig. Poup., och bukväggen genomskars, hvarefter trubbiga instrument användes, till dess bakom ligamentet abscesshålan påträffades. Det ganska stora såret förenades med både djupa och ytliga suturer, abscesshålan dränerades och sköljdes med antiseptiska medel. En vacker läkning kom till stånd, men en liten kvarstående fistelgång kvarhöll patienten å sjukhuset till d. 23 maj. Där fans då ännu en, dock ringa ansvällning bakom och närmast öfver ligamentet. Jag träffade honom sedan flere gånger vid full hälsa.

Fall 6. T. C. A., 33 år, snickare, intogs på kurhuset den 28 december 1886.

Två veckor före inkomsten och ett par dagar efter samlag sår i sulcus coronar., för 6 till 7 dagar sedan en körtelsvullnad i vänstra ljumsken och snart därefter en i den högra.

Ordinär kroppsbyggnad. Ansigtet bleklagdt men utseendet ej sjukligt. I sulcus coronar. två små orena schankersår. I vänstra ljumsken mellan lig. Poup. och trakten strax under lårvecket en långsträckt ömmande, degig, delvis fluktuerande bubon med blekröd hud. I högra ljumskens inre del och strax under ligamentet en 5-örestor, något platt, lätt ömmande, otydligt fluktuerande svulst med blek och fri hud. Bakom och öfver vänstra lig. Poup. en hård, föga ömmande svulst, som omedelbart öfver ligamentet har en bredd af $4\frac{1}{2}$ cm., närmar sig kroppens medellinie på ett afstånd af 3 cm. och höjer sig nära 3 cm. upp i bukväggen. Bakom innersta delen af högra lig. Poup. kännes en bönstor, rörlig, indolent körtel. Några obetydliga körtelansvällningar å halsens sidor. I öfrigt ingenting att anmärka.

D. 2 januari öppnades den vänstra och d. 12 den högra bubonen med korta snitt, som snart vidgades i bubonernas hela längd. I botten af bägge såren fans en nötstor, delvis aflossad körtel, som underbands och aflägsnades; därjämte i det vänstra flere mindre, föga framstående körtlar.

Svulsten bakom vänstra lig. Poup. höll sig oförändrad eller ökades endast obetydligt. Den på högra sidan däremot började snart tilltaga i storlek och blef nästan orörlig. Den höjde sig upp i bukväggen till 3 cm. öfver ligamentet. Denna öfre del var ganska tunn och lätt rörlig med bukväggen; det hela hårdt och föga ömmande. Efter

midten af januari förstorades svulsten icke vidare och blef snart indolent.

Patienten fann sig nu väl och kunde äfven vara något uppe. Schankersåren läkta. Bubonsåren rena och, såsom det syntes, väl artade. Från det vänstras inre vinkel hade bildat sig en gång omedelbart under huden, som sträckte sig nedåt lårvecket vid sidan om scrotum. Denna fistelgång uppskars. Hela detta bågböjda sår hade en längd af 12 cm. Det hade blifvit ganska smalt, dess botten mindre hård och infiltrerad än förut och mera rörlig.

D. 5 febr. började patienten klaga öfver någon värk i öfre delen af vänstra låret, som i synnerhet påkom, då han ville stödja på benet. Lårets öfre främre del i utsträckningen af trigonum var något fylligare än på vänstra sidan och ömmande vid tryck. Ansvällningen tillhörde tydligen delarna under fascia lata. Patienten hade allmänt illamående och någon feber. D. 8 började var framkomma under inre delen af bubonsårets här underminerade öfre rand. Härifrån afsöndrades nu ständigt något var, och genom tryck bakom adduktorerna ökades flytningen betydligt. D. 15 uppträdde någon ömhet å nedre yttre delen af vänstra klinkan, ett par tum under trochanter major. Här likasom å lårets inre rand bildade sig ett ödem i subkutana bindväfven. Detta tillstånd fortfor någon tid, hvarunder vi sökte att några gånger dagligen utpressa varet, så vidt sig göra lät. Patienten hade därunder feber med vanligen starka remissioner på morgonen och en aftontemperatur af högst 40° C. Under månadens sista dagar började förbättring inträda. Svullnaden, ömheten och flytningen aftogo. D. 5 mars kunde antecknas, att under sista dygnet ingen spontan flytning egt rum. Vid kraftigt tryck å lårets bakre inre del kunde endast en ringa kvantitet af en nästan klar, något brunaktig vätska frampressas. Ingen ömhet. Svullnaden försvunnen utom ett ringa ödem å lårets insida. Han kunde fullständigt röra benet och gå utan svårighet. Allmänna tillståndet ganska godt. Ingen feberrörelse. Någon matlust. Efter denna tid upphörde snart hvarje spår af flytning från låret, som tycktes vara i normalt skick.

Sist nämnda dag, d. 5 mars, då svulsten bakom vänstra lig. Poup. undersöktes, kunde någon fluktuation konstateras i den samma, utan att patienten därstädes erfarit någon smärta. Denna svulst intog nu större delen af platsen bakom ligamentet, närmande sig spina il. ant. sup. och kroppens medellinie på ett afstånd af 3 cm. Dess inre och yttre del var hård, den mellersta på djupet fluktuerande och något ömmande vid tryck. Den höjde sig i midten 3 cm. öfver ligamentet, sänkande sig åt bägge sidor. Hudbetäckningen blek, fri och rörlig. D. 9 mars, då fluktuationen blifvit ytligare, infördes i svulsten 1 cm. öfver ligamentet och 2 cm. utanför arteria iliaca en Dieulafonds spruta, som två gånger fyldes med var, sista gången något blodblandadt. Härefter minskades svulsten betydligt i storlek, men, oaktadt användt tryckförband, började den snart åter fylla sig. D. 15 mars, utan att patienten haft några smärtor på stället, började en tunn blodblandad vätska framkomma under bubonsårets underminerade öfre rand på samma ställe, där varet från såret haft sitt aflopp, och vid tryck på

svulsten framkvälde denna vätska i riklig mängd. Under följande dagar fortfor afsöndringen men ojämnt, och, då svulsten åter ökades i storlek samt innehållet icke eller ofullständigt kunde utpressas, öppnades abscesshålan d. 21 mars medelst en 3—4 cm. lång incision genom bukväggen strax öfver ligamentet och något utanför art. iliaca. Hålan spolades med sublimatlösning (1 på 1000), och dränagerör inlades. Efter operationen sinade det andra afloppet fullständigt. Dagligen företogos sköljningar af abscesshålan med sublimatlösningen, som efter någon tid utbyttes mot borsyrelösning (2 %). Hålan och hela svulsten förminskades betydligt, och i midten af april kunde dränageröret ej fullständigt införas, men gången i bukväggen höll sig fortfarande öppen, afsöndrande en ringa kvantitet var.

Den bakom och öfver högra lig. Poup. liggande svulsten började i midten af mars att ömma och tilltaga i storlek. D. 24 mars hade den strax öfver ligamentet en bredd af 5 cm., höjde sig 5 cm. upp i bukväggen och närmade sig kroppens medellinie på föga mera än 2 cm:s afstånd. Den öfre delen hade blifvit betydligt djupare och buktade bukväggen framåt. Då denna del af svulsten ännu mera förstorades och tydlig fluktuation kändes, försöktes d. 4 april tappning medelst en Dieulafonds spruta, som infördes genom bukväggen något innanför randen af musc. rect. Sprutan fyldes blott delvis, enär kanylen tilstoppades, men efter dess uttagande utflöt abscessens innehåll ganska fullständigt genom stickkanalen. D. 6 gjordes med tillhjälp af en sonde exploratrice en ny lyckad tappning af abscesshålan, som åter fylt sig. Svulsten var och förblef nu mycket reducerad, men d. 13 började en ringa tunn vätska framkomma ur en af de tätt vid hvarandra liggande stickkanalerna, hvilka man förut känt i form af en fin strängformig hårdnad förenande huden och svulsten. Denna afsöndring af en än klar lymfalik än något grumlig vätska fortfor sedermera altjämnt.

I midten af maj var patientens tillstånd åter ganska godt. Han hade återfått hull och krafter och kunde utan svårighet röra sig inom sjukrummet. Svulsten bakom vänstra lig. Poup. kändes som en låg, hård, indolent vall. Operationssåret kvarstod i form af en ungefär gåspennstor gång, hvarur något litet var afsöndrades. Den högra iliakalsvulsten hade ofvanför ligamentet endast en större nöts storlek, var hård och nästan indolent, men den fina fistelgången genom bukväggen fans ännu kvar. Afsöndringen därur blef i synnerhet riklig vid lätt tryck å och öfver midten af lig. Poup., där en viss fyllighet kändes i subkutana bindväfven och därtill några små körtelsvulster uppstodo; gången syntes hafva blifvit en lymffistel för detta parti.

Kort efter denna tid började patienten åter klaga öfver någon djupt sittande och tidtals uppträdande värk i vänstra lårets bakre, öfre del, där dock ingen ansvällning kunde iakttagas. Däremot uppkom en ringa svullnad i öfre delen af trigonum under fascia lata, och d. 1 juni visade sig något var i bubonsårets inre slutpunkt vid sidan om scrotum, efter några dagar högre upp på den gamla platsen för varflytningen så väl från låret som iliakalsvulsten. Redan d. 8 kunde

endast genom kraftigt tryck bakom adduktorerna en klar lymfalik vätska uttryckas. All värk i benet och svullnad var försvunnen.

Patientens allmänna tillstånd förbättrades mer och mer. Han har, då journalen afslutas d. 26 juni, godt hull och goda krafter, samt kan röra sig fritt och utan olägenhet. En ringa afsöndring fortfar ur de kvarstående fistelgångarna, men tunn och alt mindre. Ingen mjältsvulst. Urinen fri från ägghvita.

Af dessa 6 fall stå det första och sista hvarandra nära, och antagligen har förloppet i bägge varit enahanda. Bubonen har väl sannolikt direkt framkallat varbildningen så väl under fascia lata som uti iliakalsvulsten, men det låter tänka sig, att suppurationen å det förra stället berott på en från den senare utgående retning. Särskildt i fall 6 kan en sådan möjlighet med skäl framhållas, enär bubonsåret icke var djupt, suppurationen uppträdde ungefär samtidigt i svulsten och under fascian, om den också upptäcktes senare i den förra, enär vidare varet från svulsten med säkerhet hade sitt aflopp under ligamentet samt bägge varsamlingarna tömde sig på samma ställe i bubonsårets botten. Det sist nämnda var äfven förhållandet i fall 1, men här kom abscessbildningen i svulsten bakom lig. Poup. långt efter den under fascian, och jag kan ej med full säkerhet afgöra, huruvida varet från svulsten tog sin väg öfver eller under ligamentet, om jag också hyser den åsigten, att det senare egde rum. Det kan i det enskilda fallet vara svårt eller omöjligt att med säkerhet afgöra frågan, men det torde väl kunna tagas för gifvet, att den suppurativa inflammationen under fascia lata kan utgå så väl från ljumskbubonen som den däraf förorsakade svulsten i iliakalkörtlarna. I de liknande fall, som sparsamt träffas i literaturen, antages det, att en körtelaffektion inom kruralkanalen förmedlat sjukdomsprocessen under fascian, utan att dock något bevis därför lemnats, och utan att en sådan förmedling kan anses nödvändig, då från bägge hållen varbildningen kan följa bindväfven in uti kruralkanalen och därifrån under fascian. Den i fall 6 förekommande affektionen af den innersta högre iliakalkörteln kunde noga följas från början. En ringa rörlig körtelsvulst ökades i storlek, periadenit tillkom mest i riktningen uppåt bukväggen, och i denna del af svulsten uppstod suppuration.

Fall 3 och 4 bilda för sig en annan liten grupp. Här utbredde sig inflammationen kring ilakalkörtlarna till den egentliga fossa iliaca, och subperitoneala abscesser uppkommo,

hvilka tömde sig genom lacuna musculorum. Valet af aflopps-väg beror väl i dylika fall på, hvilken del af den stora svulsten, som öfvergår i suppuration. I dessa två fall var det den yttre delen, såsom äfven den införda sondens riktning angaf, i fall 1, som i afseende å ansvällningens storlek liknade eller öfvergick dem, den delen, hvilken hade sin plats bakom inre partiet af lig. Poup.

I fall 2 hade man att göra dels med en affektion af den innersta iliakalkörteln med periadenit och abscessbildning, där varet absorberades och dels med en abscess i bukväggens regio iliaca, där varproduktionen efter ett par tappningar upphörde. Denna senare kan på grund af sitt läge svårligen hafva utgått från iliakalkörtlarna; dess sannolika källa skall jag vidröra i sammanhang med några liknande fall.

Fall 5 kan tjäna som exempel på en till suppuration gående inflammation omkring en iliakalkörtel, där varet tager sitt aflopp genom bukväggen i botten af ett bubonsår. Iliakalsvulsten var antagligen af äldre dato och en följd af den vid inkomsten läkta kroniska bubonen, medan varbildningen i den samma tydligen stod i sammanhang med patientens nya absceederande bubon.

I fall 2 och 6 var den ursprungliga sjukdomen en enkel schanker, i fall 4 och 5 dröppel, medan i fall 1 sannolikt endast förefunnits en simpel exkoriation och i fall 3 patienten hade så väl dröppel som ett vätskande ärr efter en enkel schanker. Bubonen, aldrig virulent, hade en strumös beskaffenhet i fall 2, 3, 5 och 6, kanske äfven 4.

Efterföljande fall äro utvalda af en större samling för att visa den olika formen, läget och storleken af de från iliakalkörtlarna utgående ansvällningarna likasom de olika bubonformer, som föregå och framkalla de samma.

Fall 7. K. B. 24 år, handelsbiträde, inkom på sjukhuset d. 3 oktober 1878.

Dröppel i slutet af aug., och två veckor därefter en körtelsvullnad i högra ljumsken, som småningom tilltog i storlek. Flytningen från urethra upphörde efter 3 till 4 veckor. Några dagar före inkomsten en liten körtelsvulst i vänstra ljumsken.

Patienten af ordinär kroppsbyggnad och friskt utseende. Ingen flytning från urethra. I högra ljumsken en ungefär hönsäggstor bubon med blåaktig, tunn hud. Den fluktuerade öfveralt, men en hårdnad kändes på djupet. I vänstra ljumskens inre del en nötstor, ömmande, rörlig körtel.

D. 4 okt. öppnades bubonen med långt snitt, hvarvid ett i dess botten liggande körtelpaket trädde i dagen. Läkningen gick långsamt, och undermineringar uppstodo åt bägge sidor, hvilka genomskuros. Härunder hade en periadenit bildat sig kring den ansvälda körteln i vänstra ljumsken och en varbildning i svulsten, som öppnades den 5 november.

Såren tycktes nu arta sig gynsamt, då d. 3 dec. under en ganska häftig värk en subkutan ansvällning uppstod öfver yttre delen af högra lig. Poup. och samtidigt en annan omedelbart öfver och något innanför midten af det vänstra ligamentet, hvilken låg på djupet och tydligen fortsatte sig nedåt bakom detta. Denna senare svulst ökades hastigt i storlek, fick en bredd strax öfver ligamentet af 5—6 cm. och höjde sig 3—4 cm. i bukväggen, tillspetsande sig uppåt. Den värkte och ömmade ej obetydligt under första veckan men blef sedermera småningom fullkomligt indolent och började om också mycket långsamt att förminskas. Svulsten öfver högra lig. Poup. intog efter några dagar större delen af regio iliaca och närmaste trakten inåt. Dess hudbetäckning, som var fullt rörlig, började blifva något blåaktig, och på djupet utvecklade sig fluktuation, som efter hand blef tydlig öfver en stor del af svulsten. Då dess nedre ända låg mycket nära yttre delen af bubonsårets något underminerade öfre rand, gjordes försök att härifrån med sond intränga i den stora abscessen. Detta gick för sig d. 12 jan., hvarvid en ansenlig kvantitet var utströmmade. Hålan spolades med karbolvatten, och ett dränagerör inlades. Huden öfver svulsten återtog hastigt sin normala färg, och den i bukväggen kvarstående ansvällningen minskades snart betydligt.

I midten af maj var svulsten på vänstra sidan reducerad till en mindre, hård, indolent knöl, som knappast höjde sig öfver ligamentet. På höger sida kvarstod en hård ansvällning i bukväggen. Den vänstra bubonen sedan länge läkt. Det högra bubonsåret hade till största delen läkts och gestaltat sig till öppningen för en fistelgång, genom hvilken en sond kunde införas i buksvulsten i riktning uppåt och utåt till en längd af 10 cm. Vi försökte skölja med olika medel, toucherade gången med jodtinktur, men först i slutet af sept. var fistelgången läkt med ett djupt indraget ärr och svulsten försvunnen. Patienten utskrefs frisk d. 26 sept.

Fall 8. H. G., 21 år, apotekare, intogs å kurhuset d. 14 september 1886.

I slutet af juli dröppel, som behandlades med injektioner. Tre veckor därefter en liten körtelsvullnad i högra ljumsken, som ökades och hann sin nu varande storlek d. 12 sept. Under sista veckan allmänt illamående, feber och svettning, som fortfor vid inkomsten.

Patienten är af medelmåttig kroppsbyggnad, blek och mager. I högra ljumskens inre del och något höjande sig öfver lig. Poup. en ganska stor, platt, föga ömmande bubon med något rörlig blek hudbetäckning och tunna ränder. Öfver och bakom högra lig. Poup. ligger en hård, nästan indolent svulst, som närmar sig kroppens medel-

linie på ett afstånd af 3½ cm., har en bredd af 4 cm. och höjer sig 3—4 cm. upp i bukväggen. Svulstens öfre något tillspetsade del, som är tämligen tunn och lätt rörlig med bukväggen, är något framåtbuktad, medan dess basala del icke har sin plats omedelbart in på ligamentet utan något längre bakåt vid bäckenranden. I vänstra ljumsken en bönstor, ömmande och flere små, hårda, indolenta körtlar. Bakom innersta delen af vänstra lig. Poup. kännes en bönstor, rörlig, ömmande körtel. Ringa adenit å halsens sidor och axillerna. Föreskr. järn + kina samt utvärtes blyvattenomslag och tryckförband å högra ljumsken.

Patientens lindriga febertillstånd (temperat. i axillen på aftonen 38—39° C.) fortfor en vecka och upphörde därefter. Bubonen minskades något till en början, men fluktuation började uppstå, och den 29 okt. gjordes incision. Redan förut hade de små körtelsvulsterna i vänstra ljumsken och bakom vänstra lig. Poup. blifvit indolenta, den senare äfven mindre. Bubonsåret, i hvars botten funnos flere hårda, dock mindre körtelsvulster, var läkt, då patienten utskrefs d. 26 nov. Knölen bakom och öfver högra lig. Poup. hade icke undergått någon märkbar förändring under patientens vistelse å sjukhuset, den bakom vänstra ligamentet var helt liten och mjukare. Patienten visade sig ett par gånger, senast i början af januari, men iliakalsvulsten var sig lik. Han hade däraf ej haft någon olägenhet.

Fall 9. N. E. J., 27 år, tjänarinna. Intogs å kurhuset d. 8 mars 1887.

Utan att patienten märkt något sår eller flytning eller haft någon smärta i genitalia, uppstod i slutet af febr. en ömmande körtelsvullnad i högra ljumsken, hvilken snart ökades i storlek.

Vid inkomsten ringa mjölkig flytning från urethra, och i vecken mellan labia majora och minora några små rena exkoriationer. I högra ljumskens inre del mellan lig. Poup. och lårvecket en knapt hönsäggstor bubon. Dess midt har blåaktig hud och fluktuerar något, yttre delarna äro mera fasta, det hela ytligt och lätt rörligt öfver underlaget. Bakom lig. Poup., och höjande sig 2—3 cm. däröfver, kännes en stor svulst, hvars inre gräns ligger 2½ cm. från kroppens medellinie och yttre 4 cm. från spina il. ant. sup. Den är ganska djup, hård och indolent; öfre ytan något loberad, hvaraf uppstår en inre, mindre, och en yttre större afdelning. Patienten är mager och blek, men feberfri och finner sig väl. Obetydliga körtelansvällningar i vänstra ljumsken och halsens sidor. Föreskr. blyvattenomslag å bubonen.

Till en början förminskades innehållet i bubonen och hela svulsten från ränderna, men då absorptionen ej blef fullständig och huden var tunn, gjordes incision d. 18 april. Iliakalsvulsten höll sig tämligen länge oförändrad men började därefter helt småningom att minskas. Vid utskrifningen d. 12 maj var den ej obetydligt minskad, mest dock dess öfre del, som var något rörlig; en tydlig lobering förefans här, men svulstens bas bildade ännu en sammanhängande indolent massa. Bubonen läkt.

Fall 10. B. C. J., 21 år, brandsoldat, inkom å kurhuset d. 11 september 1886.

Våren 1885 dröppel och sedermera tidtals någon flytning från urinröret, som senast påkom i slutet af aug. och blott varade några dagar. I vänstra ljumsken uppkom därunder en liten rörlig körtelsvulst, som trots behandlingen med något plåster alt mera tilltog i storlek och snart därefter en liten körtelsvulst äfven i högra ljumsken. Tidtals någon värk i den förra, men ej svår. Under de första 3 till 4 dagarna allmänt illamående och någon feberrörelse, men sedan hade han funnit sig väl.

Patientens utseende friskt och kraftigt. Ingen flytning från urethra. I vänstra ljumskens inre hälft en stor, föga ömmande, i ränderna platt och tunn, i midten mera tjock och föga rörlig, otydligt fluktuerande bubon, hvars öfre gräns faller något öfver lig. Poup. och nedre något under lårvecket; dess hudbetäckning blek och fri. I högra ljumskens inre del omedelbart under lig. Poup. en mer än 5-örestor, platt, indolent, rörlig, lätt loberad körtelsvulst. Platsen bakom och öfver vänstra ligamentet intages af en stor, nästan indolent, orörlig svulst, som närmar sig kroppens medellinie och spina il. ant. sup. på ett afstånd af resp. 2½ och 3 cm. Å dess öfver ligamentet befintliga del kan man skilja mellan en inre, mindre och en yttre vida större afdelning, hvaraf den förra höjer sig 2, den senare 4 cm. upp i bukväggen. Inga smärtor nu mera i svulsten, ingen olägenhet vid rörelse. Bakom innersta delen af högra lig. Poup. och innanför bäckenranden kännas de öfre konturerna af en djupt liggande, orörlig, mandelstor körtel samt något längre utåt och in på ligamentet en något mindre och rörlig, bägge indolenta. Föreskr. jodpensling och tryckförband.

D. 2 okt. var den högra och d. 23 i samma månad den stora, vänstra bubonen resolverad med kvarlemnande af flere större och mindre, hårda, indolenta körtlar i vänstra och några små i den högra ljumsken. De svälda körtlarna bakom högra ligamentet förblefvo sig lika eller förändrades föga. Den vänstra iliakalsvulsten minskades småningom något, i synnerhet dess yttersta del, hvarjämte man å dess öfre rand kunde känna, att en klyfta bildades mellan den inre och yttre afdelningen. Då patienten fann sig fullkomligt väl, utskrefs han d. 10 nov. Han visade sig d. 10 dec., då man kunde konstatera, att den nämnda klyftan mellan svulstens delar blifvit större och djupare, och att det inre partiet, som tydligen motsvarade den innersta iliakalkörteln, var något rörlig. Hela svulsten var mindre, och man kunde känna, att den endast intog platsen i närheten af ligamentet. Af de två körtlarna bakom högra ligamentet var den inre sig lik, den yttre vida mjukare. Patienten hade under sista månaden utan olägenhet deltagit i gymnastik och andra kroppsrörelser.

I dessa fyra fall förefans en mer eller mindre betydlig periadenit kring den eller de svälda körtlarna. I fall 7 och 8 har antagligen endast en körtel ingått i svulsten. I förra fallet hade den tydligen sin plats öfver eller strax utanför art.

iliaca ext., i det senare öfver vena iliaca. Svulsten kändes i det sist nämnda fallet ej vid tryck i själfva vinkeln mellan musc. rectus och lig. Poup., men strax utanför denna plats mötte fingret dess inre rand; i detta fall fans å andra sidan en ringa ansvällning af den innersta iliakalkörteln. Angående den stora abscessen i bukväggen i fall 7 något mera längre fram. I fall 9 och 10 ingingo minst två körtlar i svulsten. I ett annat fall, där svulsten från början var ovanligt djup, kändes under dess resorption konturerna af tre körtlar, hvaraf två bakom den främsta körtelserien. I fall 9 fans en enkel, inflammatorisk, i de öfriga strumösa buboner.

Till dessa fall vill jag lägga ännu ett med periadenit, i hvilket allmän peritonit tillstötte. Det kan ej bevisas, att denna utgick från svulsten i iliakalkörteln, men då någon annan källa ej kunde upptäckas, har jag ansett mig böra anföra fallet, då möjligen liknande kan blifva iakttaget på annat håll.

Fall 11. C. G. A., 26 år, gasverksarbetare, inkom på kurhuset d. 1 mars 1887.

För två veckor sedan sår i fossa coron. och snart därefter flytning från urethra samt svullnad i vänstra ljumsken.

Vid inkomsten flere, små, orena schankersår i fossa coron. och å förhudens insida. Ansvällning af glans och dröppel af måttlig intensitet. I vänstra ljumskens inre del mellan lig. Poup. och lårvecket en tämligen långsträckt, fluktuerande bubon, stor som ett mindre hönsägg. Bakom ligamentets inre del en hård, indolent svulst, som omedelbart öfver detta har en bredd af 4 cm. och sträcker sig 3 cm. upp i bukväggen, med hvilken svulstens öfre del är lätt rörlig. Patienten är en välbygd man och har ett friskt utseende.

D. 3 mars öppnades bubonen, hvarvid en större och några små körtelsvulster visade sig i dess botten. Den förra lossades efter hand delvis med trubbigt instrument och underbands likasom en af de senare. Såret, som var tämligen djupt strax efter körtlarnas borttagande, började snart fylla sig och artade sig i allo väl under behandling med borsyrelösning (2 på 100); dess botten lätt rörlig öfver underlaget.

D. 3 april på aftonen fick patienten en ganska häftig frossbrytning med efterföljande feber, som fortfor följande dag. Matt och klen klagade han öfver ömhet i buken. Bubonsåret rent och stadt i läkning. Buken, spänd och tämligen stor, ömmar öfver alt mest i epigastrium. Till följd af bukens spänning kan iliakalsvulsten ej närmare undersökas, men ömheten däröfver är icke större än på motsvarande vänstra sida samt ej betydlig. Ileocoekaltrakten kännes fri, så vidt utrönas kan. Ingen kräkning eller äckel. Lindrig feber. Puls 96, något ojämn i slaget, men icke egentligen liten. Föreskr. morfin $1\frac{1}{2}$ cgm 2 gånger dagl.; Cng. Nept.

D. 7. Ökad mattighet. Ögonen något insjunkna. Buken mycket spänd, ömmar öfveralt, mest å öfre partierna, men ingenstädes intensift. Sedan d. 4 kräkningar ett par gånger dagligen efter förtärandet af litet uppkokt mjölk och dagligen 1 till 2 något lösa affiöringar. Envis hicka under sista dagarna. Tämligen stark törst. Puls som ofvan. Lindrig feber (temp. på morgonen omkr. 38,6, på aftonen högst 39,3). Urinen håller ej obetydligt albumin. Föreskr. emuls. hydrocyanata + linct. oleos jämte morfin.

Hickan och kräkningarna upphörde snart, men i öfrigt höll sig tillståndet likt under en lindrig continua remittens. Spänningen i buken ökades ännu mera, lefver och hjärta hade ett högt läge, någon atelektasi uppstod å lungornas nedre, bakre delar och i sammanhang med alt detta en ej obetydlig dyspné. Emellertid började d. 16—17 förbättring inträda och fortgick något långsamt men utan afbrott. Spänningen i buken minskades likasom ömheten och i jämnbredd därmed öfriga symptom. Matlust instälde sig, och han hade nästan dagligen en halffast öppning. D. 5 maj kunde antecknas, att buken hade ungefär normal storlek men ännu var spänd, så att iliakalsvulsten ej kunde noggrant undersökas; man kände dock dess främre konturer, som ej tycktes hafva undergått någon förändring. Ingen ömhet utan vid djupare tryck. Ileocoekalregionen utan anmärkning. Patienten är fri från feber och finner sig väl, har oklanderlig matlust och god sömn. Urinen sedan länge fri från ägghvita. Bubonsårets läkning har ostördt fortgått och är nu fulländad; ärret ganska litet och mjukt.

Konvalescensen fortgick nu raskt. Vid uskrifningen d. 28 maj var han återstäld och hade friskt utseende. Svulsten bakom vänstra lig. Poup. hade efter patientens inkomst icke förändrats på annat sätt, än att dess öfre del var något djupare och mindre rörlig med bukväggen. Den hade ungefär en valnöts storlek och omfattade endast den innersta iliakalkörteln, var hård och indolent. Bakom den samma eller utåt fossa iliaca kunde ingen abnorm resistens upptäckas.

Fall 12. N. P. O., arbetare, intogs på kurhuset d. 29 september 1886.

D. 23 sept., ett par dagar efter samlag, en sårnad å insidan af förhuden, hvilken snart ansvälde. Vid inkomsten fans å förhudens inre lamell nära limbus en sårnad, hvaraf man dock till följd af för handen varande phimosis ej ser mera än yttre randdelen. I högra ljumskens inre del strax under lig. Poup. tre i rad liggande bönstora körtlar, af hvilka den innersta ömmar ej obetydligt. Vid tryck i vinkeln mellan ligamentet och musc. rect. kännes bakom det förra en nära nötstor körtel, som till någon del har sitt läge under ligamentet; den är föga rörlig och ömmar något vid tryck.

Då förhuden d. 6 okt. kunde omvikas, fans å sagda ställe en rundad, 10-örestor, samt i fossa coron. två små schankrar. De behandlades med jodoform. D. 15 voro de små såren läkta, det större rent. Under denna tid blefvo alla de tre ansvälda körtlarna i högra ljumsken ömmande och tilltogo något i storlek men voro fortfarande fria och rörliga under huden. Iliakalkörteln förstorades äfven; den

var som en stor nöt och låg som förut till en mindre del under ligamentet men höjde sig nu något öfver det samma. Den ömmade nu ganska betydligt i synnerhet vid tryck på själfva ligamentet, som tydligen var något framåtbuktadt af den nu orörliga svulsten. Vid sträckning af benet erfor han någon stramning och smärta på platsen. Jag lät saken till en början hafva sin gång, men då ömheten i alla körtlarna tilltog, började vi d. 15 använda jodpensling och omslag med blyvatten samt låta patienten ligga stilla. Iliakalsvulsten ökades kanske ännu något mera, men småningom började ömheten aftaga och körtlarna blefvo indolenta. Man kände nu ganska långt bakåt nära randen af lilla bäckenet en annan hård, rörlig körtel. Vid utskrifningen d. 10 nov. var iliakalsvulsten föga om något förminskad, hård och indolent. Några veckor därefter förhöll det sig på samma sätt.

Fall 13. S. L. J., 22 år, arbetare, inkom på kurhuset d. 2 oktober 1886.

I början af sistl. sept., några dagar efter samlag, ett sår i fossa coronaria och snart ett annat å insidan af præputium. D. 25 i samma månad en ömmande körtelsvulst i vänstra ljumsken.

Vid inkomsten ett litet ärr å det först nämnda stället, det andra såret nästan läkt, belagdt med en tunn skorpa. I vänstra ljumskens inre del strax under lig. Poup. en valnötstor, ömmande och fluktuerande bubon. Bakom innersta delen af ligamentet en bönstor, ömmande körtel, som med lätthet kunde skjutas in under detta.

Exkoriationen å insidan af förhuden var läkt efter ett par dagar. D. 5 öppnades bubonen och antog snart utseendet af en schanker. Två inokulationer med var från detta bubonsår gjordes å nedre delen af buken, och bägge gåfvo som resultat typiska schankrar. Inokulationssåren brändes med pasta carbo-sulphurica, ljumskschankern behandlades med jodoform. Patienten utskrefs d. 13 nov., då bubonsåret var rent och i full läkning. Iliakalkörteln började i slutet af okt. att mjukna, och vid patientens utgång kändes den mycket otydligt.

Fall 14. F. H., 26 år, murare, intogs å kurhuset d. 26 januari 1887.

Kort före jul ett sår vid limbus præputii. Flere samlag under den föregående tiden. Behandlades med jodoform. Efter någon tid ansvälde förhuden och kunde ej föras tillbaka öfver glans.

Vid inkomsten phimosis med någon allmän ansvällning af förhuden. Å dennas insida från limbus uppåt ett örestort, rent, ytligt sår, hvilande å ett ansenligt, hårdt infiltrat. I inre delen af högra ljumsken en nötstor, hård, något ömmande körtel och därjämte i denna likasom i den vänstra ljumsken flere ärt-bönstora, tämligen hårda, indolenta körtlar, ett par små å halsens sidor och en bakom hvardera örat. Bakom högra lig. Poup. och något innanför dess midt en nötstor, hård, indolent, rörlig körtel, som höjer sig något litet öfver ligamentet; denna körtelsvulst visade sig vid närmare undersökning bestå af två körtlar, den ene liggande tätt bakom den andre.

Tillståndet förblef sig likt utom i så måtto, att hårdnaden å præputium ökades ännu mera. D. 5 febr. började utan föregående illamående ett utslag uppträda å bröstets sidor i form af miliära papler, hvilket efter hand utbredde sig öfver bålen och sparsamt å armar och underben. Strax därefter någon ansvällning af tonsillerna med rodnad i isthmus faucium. Inga nya upptäckbara körtelsvulster i öfrigt, men bakom högra lig. Poup. kändes innanför de förut nämnda en bönstor, rörlig körtel. D. 11 febr. föreskrefs injektion af 10 cgm kalomel i en vatten-glycerinblandning på djupet bakom högra trokantern och d. 25 en ny injektion på vänstra sidan. D. 2 mars började en stomatit utveckla sig, hvilken blef ganska intensiv och förhindrade vidare behandling till d. 26, då injektionerna åter upptogos med 5 cgm kalomel i hvardera, och erhöll han 4 dylika med en veckas mellantid. De syfilitiska symptomen försvunno utom en degig lemning af primäraffektionen. De bägge yttre iliakalkörtlarna förändrades icke märkbart men den inre — ganglion crurale — mjuknade småningom och var knappast känbar, då patienten utskrefs den 22 april. Denna lilla körtelsvulst kunde förut fullständigt skjutas fram under ligamentet, och så var äfven i någon mon förhållandet med den främre af de bägge yttre körtlarna, hvilken hade sin plats öfver vasa iliaca. Den större körtelsvulsten i högra ljumsken var ej obetydligt förminskad, de öfriga ljumskkörtlarna som vid inkomsten.

Fall 12 visar, att iliakalkörtlarna kunna lida äfven vid ringa affektioner i ljumskkörtlarna. Det är för öfrigt det enda casus, i hvilket jag hos lefvande person funnit den innersta iliakalkörteln delvis hafva sin plats under lig. Poup. Det är gifvet, att under sådant förhållande vida större olägenheter kunna följa af en ansvällning i denna körtel, än då den samma ligger fullkomligt fri i den rikliga och lösa bindväfven bakom ligamentet. Fallet är äfven anmärkningsvärdt därför, att man kunde känna en svullen körtel ganska långt bakåt bäckenet.

Fall 13 har jag anfört på den grund, att det var en virulent bubon, som förorsakat affektionen i iliakalkörteln, hvilket jag äfven iakttagit i några andra fall. Att körtelsvulsten verkligen berodde på bubonen, framgår däraf, att den nästan försvann under bubonens läkning.

Uti fall 14 finna vi ett exempel på ansvällning af flere iliakalkörtlar vid för handen varande syfilis. Frågan om dessa körtlars affektion vid syfilis är ingalunda lätt att klargöra. Det betraktas allmänt som en gifven sak, att från primäraffektionen syfilitiskt gift kan längs lymfbanorna forslas till en eller flere ljumskkörtlar, och möjligheten, att det härifrån kan föras vidare till iliakalkörtlarna, lär icke kunna bestridas. Man måste

därföre anses hafva rätt att såsom syfilitisk beteckna en adenit i ljumskar och bäcken, hvars så att säga normala utveckling man iakttagit i sammanhang med en typisk primäraffektion, om det också icke kan afgöras, hvad rol det syfilitiska giftet och hvad en från såret utgående irritation af annan natur spelat vid körtelaffektionens uppkomst. Men under andra förhållanden är försiktighet af nöden vid bedömande af det enskilda fallet. Om sålunda detta börjat med en »chancre mixte», och den först uppträdande enkla schankern framkallat någon retning af ljumskkörtlarna, eller om fallet väl börjat med en syfilitisk primäraffektion, men den däraf framkallade ljumskadeniten uppträdt mera akut eller öfvergått i suppuration, ligger det antagande nära, att en sedermera upptäckt ansvällning uti iliakalkörtlarna berott på dessa inflammatoriska processer och icke på någon inverkan af det syfilitiska giftet. Under dessa omständigheter har jag mer än en gång varit i tillfälle att iakttaga förändringar i iliakalkörtlarna. Man träffar vidare, som bekant är, mycket ofta i synnerhet hos yngre individer en mer eller mindre betydlig kronisk multipel adenit i ljumskarna, utan någon upptäckbar anledning eller utan att en befintlig sjukdom å genitalia såsom en exkoriation, en enkel schanker eller en dröppel kan anses såsom dess upphof. Om man i dylika fall undersöker iliakalkörtlarna, händer det icke så sällan, att man finner en eller annan af dessa lätt ansväld och hård. Denna erfarenhet visar det oberättigade uti den gängse vanan att skrifva hvarje förhårdnad eller ansvällning af ljumskkörtlarna, som förefinnes tillsamman med en syfilitisk primäraffektion eller en utbildad syfilis, på dennas räkning, och lika litet eger man rätt att utan vidare såsom syfilitisk beteckna hvarje ansvällning af iliakalkörtlarna, som under sådana förhållanden anträffas. Om vi taga fall 14 till exempel, så lider det icke något tvifvel, att den större, något ömmande körtelsvulsten i högra ljumsken framkallats af patientens primäraffektion, men i afseende å den öfriga körtelaffektionen i bägge ljumskarna är ett sådant orsaksförhållande obevisligt och enligt min åsigt föga sannolikt. Hvad åter angår iliakalkörtlarna, så anser jag det mycket möjligt, att de två yttre redan förut varit ansvälda. Den innersta körtelsvulsten, som så att säga uppstod under mina fingrar, är säkerligen förorsakad af en från den nära liggande, större ljumskkörtelsvulsten utgående retning, men dess hastiga försvinnande talar emot dess syfili-

tiska natur. Med få ord: vid syfilitisk primäraffektion och utbildad syfilis är man icke sällan i tillfälle att iakttaga om också vanligen i ringare grad ansvälda iliakalkörtlar, men endast undantagsvis finner man sig hafva rätt att stämpla körtelaffektionen som specifik.

Många andra sjukdomsfall kunde anföras, men då de endast i obetydliga omständigheter skulle skilja sig från de redan meddelade, inskränker jag mig till dessa. Däremot begagnar jag tillfället att fästa uppmärksamheten på en, som jag tror, föga beaktad affektion af de körtlar, som, om också kanske ej konstant, finnas i bukväggen strax ofvanför lig. Poup. Man är icke sällan i tillfälle, att vid ljumskbuboner öfver midten af ligamentet eller något åt sidorna känna en vanligen oansenlig, mer eller mindre hård körtel, sällan två. Någon gång kan körteln vara stor som en mandel eller en kastanj. Denna eller dessa körtlar hafva merendels ett djupt läge och äro jämförelsevis föga rörliga. Deras nedre konturer äro ofta otydliga, och detta är i synnerhet påfallande, då de äro mera ansvälda, emedan därvid öfre delen kan vara framåtbuktad. Detta fenomen beror antagligen på bukväggens starka insvängning vid ligamentet och den här kraftigt utvecklade fascia superficialis, under hvilken körteln har sin plats. Denna körtelsvulst kan lätt nog förväxlas med en ansväld iliakalkörtel med läge utanför art. iliaca. Den kan någon gång antaga större dimensioner, i det att en periadenit tillkommer. Ett sådant sjukdomsfall, som ännu är under min vård, vill jag anföra, dels emedan det kan hafva intresse i och för sig, men dels äfven emedan det gifvit mig klaven till bedömande af några andra casus, som jag förut ej kunnat nöjaktigt förklara för mig.

Fall 15. H. A., 27 år, arbetare, intogs å kurhuset den 9 april 1887.

I början af mars, kort efter samlag, ett sår i fossa coronaria, som behandlades med jodoform. I slutet af samma månad en svulst i högra ljumsken, som hastigt ökades i storlek.

Vid patientens inkomst var såret läkt med mjukt ärr. I högra ljumsken en mer än hönsäggstor, vid underlaget fästad bubon med blåaktig hud. Dess yttre del, som delvis låg framför lig. Poup., fluktuerande. Strax öfver ligamentet och tätt intill bubonen kändes en mandelstor, föga rörlig, ömmande svulst, hvars inre gräns föll 7—8 cm. från kroppens medellinie och yttre 4—5 cm. från spina il. ant. sup.

D. 17 öppnades bubonens yttre del och efter någon tid äfven återstoden. En tämligen stor men låg körtelsvulst låg i botten

Svulsten i bukväggen ökades småningom i storlek, medan dess hudbetäckning förblef blek och rörlig. D. 5 maj hade den platta, hårda, nu mera föga ömmande svulsten följande gränser: uppåt sträckte den sig till en punkt 2 cm. under sp. il. ant. sup., utåt närmade den sig, följande lig. Poup., sp. il. ant. sup. på ett afstånd af 3 cm., medan den inre gränsen var föga inflyttad. Svulsten blef nu fullkomligt indolent och höll sig utan märkbar förändring, till dess jag d. 26 maj kunde konstatera en början de förminskning af den samma. Bubonsåret hade härunder blifvit rent, ytligt och dess botten rörlig. Förminskningen af buksvulsten fortgick nu jämnt men långsamt, i det att dess öfre yttre gränser flyttades tillbaka. F.n. d. 20 juni, då bubonen är i det närmaste läkt, har svulsten ungefär storleken af en kastanj, fastän plattare. Dess öfre inre del framstående, den nedre, som synes gå till ligamentet, otydlig. Den är indolent och mycket hård.

Detta fall är utan tvifvel analogt med två casus, som vårdades å kurhuset under förra året. Af dessa vill jag i korthet anföra det ena.

Fall 16. H. V. A. G., 28 år, målare, intogs d. 26 nov. 1885. I slutet af okt. ett sår i fossa coronaria kort efter samlag; behandlades med lapistoucheringar och karbolvatten. I midten af nov. en liten ömmande körtelsvulst i högra ljumsken, som hastigt tilltog i storlek.

Vid inkomsten hade patienten en obetydlig schanker å nämnda ställe och en medelstor strumös bubon i högra ljumsken. Helt och hållet skild ifrån men gränsande intill dennes yttre öfre del låg i bukväggen en stor platt svulst med blek och rörlig hudbetäckning. Den intog en stor del af regio iliaca; dess inre gräns föll 7 cm. från kroppens medellinie, den öfre 2 cm. under sp. il. sup.; den nedre yttre var otydlig men tycktes sammanfalla med ligamentet. Svulsten var intimt fästad vid muskelväggen, med hvilken den var lätt rörlig. Den började på nyåret 1886 att minskas uppifrån. Patientens bubon gick långsamt, och han skref ut sig men återkom efter någon tid och var först d. 18 juni fullständigt läkt. Buksvulsten hade långsamt men utan afbrott gått tillbaka, och vid utskrifningen fans endast en ringa lemning omedelbart öfver och något utanför midten af lig. Poup. Ingen ökad resistens kunde upptäckas i fossa iliaca.

Det andra fallet (1886, n:r 234), som sköttes af underläkaren d:r Sundberg, var, hvad buksvulsten beträffar, nästan i de minsta detaljer likt det föregående, och äfven i detta hade patienten en kronisk bubon. Då han utskrefs, var svulsten i bukväggen ännu föga förminskad.

Men icke blott dessa två sjukdomsfall synas få sin förklaring af fall 15, utan jag föreställer mig äfven, att de stora abscesser i regio iliaca, som förefunnos i fall 2 och 7, utgått

från en körtelaffektion på samma ställe. Dylika ansenliga stundom enorma abscesser uppträda någon gång men sällan som följeslagare till buboner. Förutom de två, förut beskrifna, har jag endast iakttagit tre fall å kurhuset, af hvilka de två sköttes af då varande underläkaren d:r A. Lindblad, som öfver dem förde journal. Bägge äro af stort intresse, men, då de i hufvudsak likna hvarandra, vill jag endast anföra det ena samt blott i korhet vidröra det andra.

Fall 17. K. K. J., 24 år, f. d. poliskonstapel, intogs på kurhuset d. 20 mars 1879.

Vid inkomsten hade patienten två enkla, i reparationsstadiet varande schankrar och en vänstersidig fluktuerande bubon, som genast öppnades. Alt gick sin jämna gång till d. 14 april, då patienten klagade öfver värk i bubonens omgifning. Vid undersökning kändes ofvanför den samma en djupt liggande, ömmande, hård ansvällning i bukväggen. Värken och ömheten ökades under följande dagar, och patienten hade en måttlig, remitterande feber. Svulsten tilltog härunder betydligt i storlek, och d. 19 april anmärktes, att den intog hela nedre vänstra sidan af buken från lig. Poup. uppåt, där från en punkt 1 tum nedom och utanför nafveln dess öfre gräns i en uppåt och utåt konvex båge sträckte sig något öfver och bakom spina il. sup. ant. Huden hade öfveralt normalt utseende och var fullt rörlig. Fluktuation kändes på djupet. Samma dag gjordes incision, hvarvid en betydlig kvantitet godartadt var utrann; Listers förband anlades. Febern försvann genast, och patienten hämtade sig snart. Afsöndringen från hålan aftog hastigt, och d. 6 maj var abscessen läkt. Där kvarstod då en indolent förhårdnad, som sträckte sig från lig. Poup. 1½ tum uppåt, afsmalnande mot sp. il. sup. ant. Så var äfven förhållandet, då patienten utskrefs läkt d. 12 maj.

I det andra fallet (1878, n:r 78), där patienten sedan länge vårdats för en serpiginös bubon, började ansvällningen likaledes strax öfver lig. Poup. och blef nästan lika stor som i förra fallet, men den utvecklade sig långsammare och tydlig fluktuation uppträdde först i 6:te veckan. Tappning försöktes flere gånger kort efter hvarandra medelst aspiration, men, då detta ej hjälpte, gjordes incision, hvarefter Listers förband anlades. Läkning inträdde på mindre än tre veckor. En djupt liggande indolent förhårdnad kändes då ännu.

Det tredje fallet (1876, n:r 617), i hvilket patienten inkom med utbildad abscess, skiljer sig från alla de öfriga däruti, att abscessen, som intog större delen af vänstra regio iliaca, sträckte sig ned under lig. Poup. och framåt till fovea ovalis. Strax innanför detta ställe fans en kvarstående fistelgång efter en bubon. Abscessen låg kanske ytligare än i de öfriga fallen, men dess hudbetäckning var blek och rörlig. Efter två tappningar med sonde exploratrice upphörde varets återbildning och läkning inträdde snart.

På grund af hvad sålunda blifvit anfördt, håller jag före, att de ofvanför lig. Poup. i bukväggen liggande körtlarna kunna bilda utgångspunkten för större svulstlika ansvällningar i regio iliaca och för abscesser, som än äro inskränkta till denna plats, än kunna sträcka sig långt därutöfver. Med undantag möjligen af det sist omnämnda abscessfallet hade alla så väl ansvällningar som abscesser tydligen sitt läge under fascia superficialis.

Redan förut har jag framhållit de kliniska former, i hvilka den i fråga varande körtelaffektionen uppträder, och i de anförda sjukdomsfallen lemnat exempel på dessa. Vi hafva sett, att denna sjukliga förändring kan uppstå i sammanhang med ljumskbuboner af alla slag, hvilka i sin ordning kunna vara framkallade af dröppel, enkel schanker, syfilitisk primäraffektion eller äfven simpla exkoriationer m. m. Den ytterst på en syfilitisk skleros beroende adeniten i iliakalkörtlarna, kan antagligen vara, om den också långt ifrån alltid är, af specifik natur, medan den under andra omständigheter är ett enkelt irritatift eller inflammatoriskt fenomen ofta med den modifikation, som epitetet strumös betecknar. En lindrigare grad af denna körtelaffektion i form af en ansvällning eller förhårdnad är mycket vanlig vid tillfälliga retningstillstånd i ljumskkörtlarna eller fullt utbildade buboner. Den träffas äfven, såsom jag antydt, understundom tillsamman med en kronisk adenit i ljumskkörtlarna utan någon för tillfället upptäckbar anledning. De större och ofta med periadenit förenade iliakalsvulsterna förekomma med få undantag endast vid ljumskbuboner med mer eller mindre utpräglad strumös habitus, och varbildningen i dessa svulster förekommer äfven vanligen vid buboner af detta slag. Anmärkningsvärd är den ringa inverkan, som denna körtelaffektion oaktadt sitt nära granskap har på peritonæum. I det enda fall af allmän peritonit, som jag därvid iakttagit, kan det icke anses ådagalagdt, att bukhinne-inflammationen blifvit förorsakad af körtelsjukdomen, om det också ej kan förnekas. Denna så att säga godartade beskaffenhet har gjort mig tveksam, huruvida i Clercs ofvan anförda fall en korrekt tolkning blifvit lemnad. I bägge dessa fall uppträdde först erysipelas å de strumösa bubonerna och efter några dagar peritonit. Det synes mig mycket möjligt, att denne erysipelas

varit källan till den dödande peritoniten. Härmed vill jag dock ingalunda hafva sagdt, att icke en allmän peritonit kan uppkomma ensamt genom körtelaffektionen, men den torde vara ytterst sällsynt, om ej något annat agens tillkommer.

Denna sjukliga förändring i iliakalkörtlarna framkallar i allmänhet mycket ringa symptom, och detta är utan tvifvel anledningen, att den blifvit så litet uppmärksammad. De mindre, rörliga körtelsvulsterna gifva sig icke på minsta sätt tillkänna, då de ligga skyddade för tryck bakom lig. Poup. Endast i sådana sällsynta fall, där en ansväld körtel har sin plats under ligamentet, förekomma smärtor spontan eller vid tryck. Äfven de större svulsterna förorsaka mycket ringa olägenheter. De kunna ömma vid tillfälligt tryck, och någon gång erfara patienterna en viss stramning i partiet vid gång, men detta är alt. Jag har noga iakttagit, om icke till följd af svulstens tryck på vasa iliaca externa någon cirkulationsstörelse i motsvarande extremitet skulle förefinnas, men hitintils aldrig funnit någon sådan; symptom af denna anledning torde dock någon gång kunna förekomma. Det lider väl icke tvifvel, att dessa större körtelsvulster kunna hafva inflytande på bloddberedningen och systemet i allmänhet, men, då de nästan alltid stå tillsamman med strumösa buboner, blir det svårt eller omöjligt att afgöra den enas eller andras inverkan i fråga om en möjligen för handen varande feberrörelse, levkocytos eller anemi. I de fall, där varbildning uppkommer i svulsten, ställer sig sjukdomsbilden mycket olika i de olika fallen, alt efter som pyemi inträder eller ej samt efter abscessens läge och fallens olika gång.

Förloppet vid denna körtelaffektion är vanligen mycket långsamt. Man kan väl icke så sällan iakttaga, att en körtelsvulst mjuknar och förminskas samt äfven försvinner för känseln, men i allmänhet kvarstå de längre, än man kan följa fallen. De större svulsterna äro exkvisit kroniska; dock finnes härutinnan icke obetydlig växling. Då de merendels förekomma vid strumösa buboner, och man därför är i tillfälle att länge iakttaga dem, finner man vanligen, att de helt långsamt förminskas eller dela sig, om de ursprungligen uppstått genom sammansmältning af flere körtelsvulster. En återgång till normalt tillstånd får man dock sällan se. I ett fall af svår och mycket länge varande strumös bubon jämte en betydlig iliakalsvulst, funnos slutligen i stället för den stora

svulsten bakom lig. Poup. två, små, rörliga och föga hårda körtlar. Ungefär det samma skulle vi i alla fall iakttaga, om vi kunde följa dem tillräckligt länge. En inträffande suppuration i svulsten behöfver icke nödvändigt men kan göra förloppet ännu mera långsamt.

Då man, såsom vanligt är, kan känna körtelsvulsten, är diagnosen af sjukdomen i allmänhet icke förenad med någon som hälst svårighet. En förväxling med en i ingvinalkanalen liggande testis eller möjligen ett bråck kan endast förekomma vid stor ouppmärksamhet. Däremot kan, såsom förut är omnämndt, en omedelbart öfver lig. Poup. i bukväggen belägen körtelsvulst någon gång förorsaka misstag, om man ej är på sin vakt. I de fall, där inflammationen utbreder sig till den egentliga fossa iliaca, och abscessbildning där uppstår, kan svårigheten att rätt tolka sjukdomen vara större. Man är sällan i tillfälle att följa ansvällningens tillväxt från iliakalkörteln och dess omgifning bakåt fossa iliaca, men bubonens tillvaro och bäckensvulstens läge i främre delen af fossa iliaca och inpå lig. Poup. samt frånvaro af symptom från andra organ böra väl bevara för missgrepp. Af ansvällningar och abscesser i fossa iliaca, som bero på andra anledningar och möjligen kunna förväxlas med den i fråga varande, vill jag här påpeka perityflit med sänkningsabscess, enär ett sådant fall för några år sedan förekom å sjukhuset hos en kvinna, som vårdades för bubon efter schanker. Vi kunde i detta fall följa ansvällningens marsch uppifrån nedåt, till dess abscessen slutligen tömde sig genom det något innanför fovea ovalis belägna bubonärret, men om vi fått fallet mot dess slut, skulle vi möjligen varit frestade att sätta det samma i sammanhang med bubonen. Om, såsom jag antager, abscessbildningen någon gång kan utgå från en körtel, som har sin plats inom lilla bäckenets område, kunna säkerligen misstag inträffa, i synnerhet om man icke haft tillfälle att följa fallet någon tid.

Prognosen måste med få undantag betecknas som synnerligen gynsam, äfven om man får antaga, att den eller de angripna körtlarna icke alltid återgå till normalt tillstånd, utan genom bindväfsnybildning och skrumpning blifva mer eller mindre obrukbara. Ett fall låter mig förmoda, att, där sjukdomen uppträder hos ett tuberkulöst subjekt, tuberkulos kan utveckla sig i de ansvälda iliakalkörtlarna, men detta betyder ju föga för fallets utgång. Endast i sådana sällsynta casus,

där en purulent inflammation utbreder sig under fascia lata eller möjligen nedåt lilla bäckenet, eller där allmän peritonit utvecklar sig, kan utgången blifva tvifvelaktig.

Emot de mindre körtelsvulsterna kan till följd af deras läge någon lokal behandling knappast komma i fråga och den är icke häller behöflig. De torde sällan, de större svulsterna däremot oftare, kunna stödja indikationen för en allmän behandling. Äfven de senare äro tämligen oåtkomliga för lokal terapi. Så länge den vanligen för handen varande strumösa bubonen är indolent eller ännu icke öppnad, kan man inbegripa dem i dennas behandling och sålunda genom jodpensling, våtvarma omslag (vi nytja vanligen en utspädning af blyättika med vatten, 1 del på 40—30) samt tryckförband, hvardera för sig eller förenade, söka påskynda förloppet. För bubonen är af dessa medel tryckförbandet det vigtigaste, och torde detta icke vara utan all inverkan äfven på iliakalsvulsten, som nedtill åtminstone delvis kan hvila mot fast grund. Tryckförbandet kan äfven användas jämte lokala medel, sedan en sådan bubon blifvit öppnad. Dessa medels verkan på körtelsvulsterna i iliakalregionen kan emellertid ej sättas högt, då de i regeln kvarstå efter bubonens läkning, fastän denna kan taga en rundlig tid i anspråk.

Då de större körtelsvulsterna med få undantag framkallas af strumösa ljumskbuboner, skulle det möjligen kunna i fråga sättas, huruvida icke, till förhindrande af deras uppkomst eller af varbildning i redan befintliga svulster, dylika ljumskbuboner böra exstirperas. På grund af sin godartade beskaffenhet och suppurationens sällsynthet, torde dock dessa körtelsvulster, utom möjligen i undantagsfall, icke kunna lemna någon ny indikation för bubonens aflägsnande, hvilken operation kanske redan nog ofta anlitas. Snarare skulle jag föreställa mig, att förlusten af de flesta ljumskkörtlarna kan medföra en olägenhet därigenom, att iliakalkörtlarna komma i samma förhållande till de periferiska delarna, som ljumskkörtlarna förut innehade. Det skulle vara af intresse att hos personer, på hvilka en sådan operation egt rum, få iakttaga iliakalkörtlarna vid periferiska retningar af olika slag och särskildt vid veneriska sjukdomar å genitalia.

Då suppuration i iliakalsvulsterna är mycket sällsynt och de medföra ringa om någon olägenhet för patienten, kan det väl knappast blifva tal om exstirpation af en sådan svulst. I

de fall åter, där suppuration kan misstänkas eller redan börjat inträda, föreställer jag mig, att våra dagars raska kirurger kunna komma att tänka på svulstens aflägsnande. Såsom icke kirurg ex professo kan jag ej närmare inlåta mig på denna fråga, men tror dock icke, att den möjliga vinsten motsvarar risken att borttaga denna svulst, som å ena sidan ligger inpå peritonæum, och kanske stundom är därvid intimt fästad, och å den andra är i nära beröring med vasa iliaca externa. För öfrigt skulle väl exstirpation ej kunna komma i fråga utan vid sådana icke för stora svulster, som hafva sin plats omedelbart bakom lig. Poup.

Erfarenheten ådagalägger, att varet någon gång kan absorberas ur dylika körtelsvulster, och det torde därför icke vara på sin plats att under alla förhållanden genast ingripa. Där finnes utan tvifvel, likasom vid ljumskbuboner, mera utsigt till en sådan lycklig utgång, om varbildningen tillhör någon del af periadeniten, än om den är central och berör en eller flere körtlar, och därför föreställer jag mig, i synnerhet vid tanke på möjligheten af en varsänkning genom kruralkanalen och vidare under fascia lata, att man i senare fallet bör snarast möjligt inskrida, medan man i det förra kan vänta något — alt förutsatt, att en sådan specialdiagnos kan göras. I fråga om operationssättet kan man icke lära mycket af ofvan anförda fall men dock något. Sålunda gjordes i fall 5 en lång incision med fullständigt blottande af abscessen, i fall 6 en kortare incision genom buk- och abscessväggen. Det förra fallet gick utan all jämnförelse hastigare och bättre. Antagligen aflägsnades här vid operationen den sjuka körteln, medan denna i det senare kan ligga kvar och förhindra läkningen. I fall 6 hade abscessen öfver högra lig. Poup. sin hufvudsakliga plats bakom musc. rectus. Till följd häraf, och då varbildningen icke tycktes intressera körteln utan endast periadeniten, torde den valda utvägen att tappa ut varet med tillhjälp af en DIEULAFONDS aspiratör eller en sonde exploratrice hafva varit på sin plats, låt vara att en lymffistel utbildade sig, som ännu efter 3 månader ej är läkt.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Ovanlig form af tungsvulst.

Cylindroma: Sarcoma (e. p. angiosarcoma) plexiforme hyalinum (v. gelatinosum) linguæ.

Af

C. G. SANTESSON,

Med. kand.

Med 1 tafla.

Den svulst, hvaröfver här meddelas en redogörelse, exstirperades i Halmstad d. $^{30}/_{3}$ 1887 af e. o. prof. J. W. BERG, som då tillfälligtvis besökte nämnda stad. Operatören öfverlemnade sedan svulsten till patologiskt-anatomiska institutionen i Lund. Om den patient, från hvilken svulsten togs, har lasarettsläkaren i Halmstad, d:r G. TILLMAN, godhetsfullt meddelat följande, af prof. BERG något fullständigade sjukdomsberättelse:

I anseende till den korta tid, pat. tillbragte på lasarettet före operationen — han inskrefs d. 29 och opererades d. 30 mars, efter hvilken tid han ej vidare kunde göra sig förstådd — hafva blott följande knapphändiga data kunnat antecknas:

Patienten, hemmansegaren Carl Johansson, 31 år (från Våxtorps socken, Hasslöfs församling af Hallands län), hade märkt det onda i tungan sedan 3 år tillbaka; två gånger hade han i Köbenhavn undergått operationer på tungan, hvarvid dock sannolikt endast mindre delar af tumören aflägsnats. (Om en egentlig recidivering är således här ej fråga, utan blott om fortsatt tillväxt.) På tungan märktes intet spår efter nämnda operationer. Retromaxillarkörtlarna på vänster sida hade varit svälda sedan 15 år — möjligen voro de skrofulösa; de på högra sidan, hvilka efter exstirpationen visade svulstartad degeneration, hade sannolikt blifvit angripna senare än tungan. Tumören hade ej vållat pat. svårare smärtor. På senare tiden hade alt oftare häftiga blöd-

ningar inställt sig. Vid undersökning af tumören kändes denna ganska fast och betydligt spänd, ömmade något och blödde lätt. Blödningarna i förening med patientens uttryckliga önskan att blifva opererad ansågos indicera operation. — Såsom förberedande åtgärd gjordes trachcotomia superior, hvarefter larynx tamponerades. De svälda körtlarna å högra sidan exstirperades, a. lingualis dextr. underbands, pharynx öppnades från samma sida, och genom den sålunda erhållna öppningen exstirperades tungan ända från roten. — Pat. befann sig ett par dagar efter operationen relatift bra. Därefter inträdde hög feber och symptom af sepsis. Pat. afled d. $^6/_4$ 87. Obduktionen visade endast akuta, parenkymatösa förändringar i organen.

På uppmaning af prof. M. V. Odenius gjorde jag under min vistelse i Lund våren 1887 den nämnda tungsvulsten till föremål för en undersökning, för hvilken härmed lemnas en kortfattad redogörelse. För ämnets belysande anföras därjämte — dock utan anspråk på fullständighet — några drag ur den närstående literaturen.

Svulsten har ej i färskt tillstånd varit tillgänglig för undersökning, utan först sedan den samma någon tid förvarats i sprit. Preparatet utgöres af hela tungan, afskuren jämns med det veck, hvarmed tungan öfvergår i munbotten, baktill vid gombågarnas nedre ändar samt vid basen af epiglottis; de nedifrån tungbenet och svalget till tungan gående musklerna hafva afskurits långt ned och medföljt tungan.

Tungans vänstra hälft (se bild 1) samt främre fjärdedelen af den högra (benämningarna höger och vänster gälla tungans läge i munnen; på bilden är förhållandet omvändt) hafva på ytan ett någorlunda normalt utseende; dock bör anmärkas, att den samma är ganska tjock samt å främre hälften ofvantill försedd med en mängd oregelbundet, slingrigt förlöpande, rundade åsar med flere millimeter djupa fåror emellan — förändringar, antagligen framkallade uteslutande genom spritens inverkan. Slemhinnans yta är sammetsartad, därigenom att papillæ filiform. tydligt framträda; äfven pap. fungiform. äro starkt utvecklade. Högra tunghalfvans bakre tre fjärdedelar äro uppgångna i en svulstmassa, som äfven vid roten gripit öfver på vänstra hälften, och som, dold till vänster under en till utseendet normal slemhinna, intager bakre hälften af tungans hela massa samt sträcker sig ned i de till tungan uppstigande musklerna.

Svulstens främsta och tillika mest uppskjutande parti intager ungefär mellersta två fjärdedelarna af tungans högra hälft och utgöres af en halfklotformig ansvällning, som mäter 3 cm. i diameter, höjer sig omkr. 2½ cm. öfver tungans nivå, åt vänster stupar brant och hvälfver sig något ut öfver omgifningen, åt höger öfvergår direkt i den betydligt förtjockade högra kanten af tungan, medan den framåt och bakåt sänker sig mer långsluttande. Därigenom att nämnda svulstparti intager en större bredd än motsvarande del af tungan till vänster, är hela organet snedt och betydligt deformeradt. Slemhinnan är på främre och högra sluttningen af den nämnda ansvällningen försedd med i rader stälda, låga och tillplattade, dels fyrkantiga, dels rundade små papiller, lika dem, som finnas å tungroten i trakten af papillæ circumvallatæ. Upp emot svulstens topp blir slemhinnan alt tunnare och slutligen så tunn som postpapper, framtill och till höger glatt och spänd, baktill och till vänster försedd med större och mindre, runda, låga papiller.

Från den fåra, som skiljer den nämnda ansvällningen från vänstra tunghalfvan, går ett par sprickor bakåt tungroten, därstädes förgrenande sig och sålunda uppdelande trakten bakom pap. circumvallatæ — särskildt å högra sidan — i större och mindre, oregelbundna fält af svulstartad natur. På ytan äro dessa försedda med grundare fåror, som afdela dem i dels mera tillplattade, dels rundadt knoppformiga och kolflika exkrescenser. Slemhinnan är här ytterst tunn och saknas flerestädes i fårorna, så att svulstmassan vid deras vidgande ligger direkt i dagen. På ett par ställen af en lillfingernagels utsträckning märkas grunda ulcerationer, hvilka antagligen till någon del funnits före operationen och gifvit anledning till de svåra blödningarna. Å spritpreparatet är slemhinnans färg så väl å svulstmassorna som öfriga delar af tungan ljust hvitgrå; å de förra märkes fläckvis, där slemhinnan är särdeles tunn, en blåviolett eller brun skiftning.

Genom svulstmassan har lagts ett snitt i nära horisontal riktning, börjande vid högra kanten af tungan och sträckande sig till nära den vänstra. Makroskopiskt förete snittytorna ungefär följande utseende: i den ofvan beskrifna ansvällningen, hvarigenom snittets främsta del fallit, är färgen marmoreradt ljust gråröd, i öfrigt gråhvit med insprängda, blekbruna, här och där äfven svagt rödgrå stråk, hvilka i svulstmassans mel-

lersta del ha ett tydligt, transverselt förlopp och omväxla med smalare, hvita strängar af samma riktning. Å snittytans främsta, afrundade parti samt rundt omkring kanterna ses ett oregelbundet, ganska fint nätverk af hvita balkar, omfattande rundade, mest omkr. knappnålshufvudstora rum, af hvilka många i de främre delarna stå tomma och ge väfnaden ett svampigt utseende, medan de på öfriga ställen, särdeles vid högra kanten och baktill, visa ett gråaktigt eller blekt brungult, gelatinöst innehåll. Omkring dessa håligheter och gelatinösa klumpar är det nämnda balkverket flerestädes så anordnadt, att det bildar rundade eller ovala, från omgifningen ganska tydligt afgränsade nästen. Framåt, till höger och bakåt når svulstmassan ända ut till snittkanten; åt vänster ses den samma öfvergå i normal tungväfnad med (makroskopiskt) tämligen tydlig, vågig gräns, hvars åt vänster riktade konvexitet är belägen omkr. ½ cm. från tungans vänstra kant.

För mikroskopisk undersökning af svulsten togos snitt i olika delar däraf och undersöktes dels ofärgade, dels efter färgning med vesuvin eller pikrokarmin. I främsta rummet föllo därvid i ögonen talrika, egendomligt formade och ordnade massor af svulstceller, inbäddade i ett stroma af bindväf. Dessa svulstmassor företedde mestadels en aflång spol- eller cylinderform, bildade i allmänhet raka och ogrenade samt tämligen jämntjocka strängar af mycket växlande längd (intill flere millimeter) och tjocklek (från omkr. 0,01 till 0,5 mm. och stundom därutöfver). På större sträckor sågos sådana strängar löpa parallela vid hvarandras sida; stundom voro de krokiga, blott någon gång enkelt greniga (bild 9). Bryggor af svulstceller, förenande de olika strängarna, ha ingenstädes med visshet iakttagits, och blott på ett par ställen sågs något liknande ett nätverk af smala cellsträngar. Svulstmassornas konturer voro i allmänhet jämna, släta och skarpa, dock utan att någonstädes en egen membran kring dem kunde upptäckas[1]), men ofta voro de äfven oregelbundna, i det att inom dem bildade degenerativa produkter, hyalina kulor och klumpar, trängde kringlig-

[1]) Jfr v. RUSTIZKY (Virchows Archiv, bd 59, s. 196—198), som omtalar cellsträngar med strukturlös membran, och BOETTCHER (Virchows Arch., bd 38, s. 419; jfr tafl. XV, bild 2 c), som nämner cellsträngar i tunnväggiga, anastomoserande rör.

gande celler åt sidorna, förorsakande ansvällningar och ojämnheter (bild 5). Cellmassorna tycktes icke ha någon benägenhet att lossa från stromat och falla ut, såsom förhållandet var i de svulster, SATTLER [1]) beskrifver. Utom de nämnda strängarna sågos i preparaten mångenstädes runda, ovala eller kantiga, af svulstceller fylda alveoler (från 0,01 till 2 mm. och däröfver i diameter), vanligen många tillsammans af ungefär samma utseende. De flesta af dessa voro antagligen genomsnitt af cellsträngar; men en del hade tydligen en mera klotrund eller ovoid form. Särdeles gäller detta de största alveolerna, hvilka tedde sig såsom rundade nästen af betydlig utsträckning.

Alla snitt genom slemhinnan visade ett i det hela normalt utseende, ehuru den, som nämndt, mångenstädes var betydligt förtunnad; gränsen mot epitelet var öfveralt skarp och obruten. Inga strängar eller nästen af epitelceller, ej häller några »kankroidperlor» kunde upptäckas i mucosans bindväf; blott på några ställen sågs däri en diffus infiltration af små, runda, lymfoida celler. I förbigående må anmärkas, att FRIEDLÄNDER [2]), vid tal om ulceration af tumörer af närstående art, nämner, att slemhinnan (resp. huden) förtunnas och försvinner, därvid (såsom i vår tungsvulst) spelande en fullkomligt passiv rol. Omkr. 0,5 till 1 mm. under epitelgränsen sågs en och annan smal sträng af svulstceller, löpande parallelt med nämnda gräns; något djupare in blefvo strängarna gröfre och lågo tätare, fortfarande med samma förlopp; ännu längre in uppträdde slutligen strängar, alveoler eller cellnästen af mer obestämd form och utsträckning.

Stromat utgjordes, där det ej hade undergått degenerativa förändringar (jfr nedan s. 15), af fibrillär bindväf, i allmänhet hysande bindväfskroppar i ringa mängd med ovala kärnar (0,010 till 0,015 mm. i längd) och litet kornigt protoplasma. I en del af svulsten (mot högra kanten af den meranämnda ansvällningen) fans i bindväfven ett betydligt antal smala, stafformiga kärnar (omkr. 0,005 mm. i längd), glänsande, med tillspetsade ändar. Bindväfven sågs på preparaten anordnad i mer eller mindre tjocka balkar (från omkr. 0,003 till 0,1 mm. och däröfver); dessa utgjorde genomsnitt af bindväfssepta, som åtskilde svulstcellmassorna, och som bildade det fackverk, hvari de senare

[1]) SATTLER: Über die sogenannten Cylindromen o. s. v. Berlin 1874, s. 34.
[2]) FRIEDLÄNDER: Virchows Arch., bd 67, s. 185.

inneslötos. Närmast intill svulstalveolerna tycktes flerestädes bindväfven kondenserad till ett slags kapsel. På många ställen, särdeles i svulstens inre, sågs väfnaden utan skarp gräns öfvergå i fullständigt hyalina massor af betydlig utsträckning, hvilka nedan närmare skola skildras (s. 15). Dessa visade ingenstädes bilden af myxomväfnad, hvilket eljes ofta varit fallet med de svulster af liknande art, som beskrifvas i literaturen [1]). I hvad mon dessa delar af svulsten före härdningen i sprit haft slemväfnadens egenskaper, kunde numer ej afgöras, men egentlig myxomstruktur torde, som nämndt, med säkerhet kunna uteslutas.

Så väl svulstcellernas ofvan skildrade allmänna anordning som ock i än högre grad de degenerativa förändringarna gjorde troligt, att tungsvulsten stod närmast den heterogent sammansatta grupp af tumörer, som benämnts »cylindrom». Bland de i literaturen beskrifna fallen af sådana svulster anträffas fall hos SATTLER (anf. st.) och v. EWETSKY [2]) med anordning af svulstcellerna likasom uti tungsvulsten i parallela strängar, som i allmänhet ej anastomosera och ej bilda något sammanhängande nätverk, sådant som eljes skildras från de flesta svulster af samma och närstående slag. Denna egendomlighet i anordningen har af SATTLER (anf. st., s. 41) påpekats såsom vigtig för bestämmande af svulstcellernas ursprung (jfr s. 21).

De svulstmassorna sammansättande cellerna voro i allmänhet ej väl begränsade och deras gränser svåra att angifva. På många ställen sågs blott en mängd kärnar, inbäddade i en sammanhängande, kornig protoplasmaklump; antagligen hade under den hastiga tillväxten af svulstcellhoparna celldelningen blifvit ofullständig, i det att väl nya cellkärnar bildats, men protoplasmat ej afsnörts kring hvar och en af dem. Liknande bildningar ha iakttagits af SATTLER (anf. st., s. 26). Där cellerna tydligt kunde skiljas från hvarandra, visade de sig i allmänhet bestå af kärne och en mycket ringa mängd kornigt protoplasma (bild 6 *a*). Mindre ofta sågos de ega en något större protoplasmakropp af rundad eller kantig form, framkallad genom tryck af närliggande celler och med skarpa gränser (bild 3). Deras protoplasma var i allmänhet ganska

---

[1]) Exempelvis fall hos STEUDENER (Virch. Arch., bd 42), KOCHER (Virch. Arch., bd 44 — »Myxosarcoma»), ARNOLD (Virch. Arch., bd 51 — »Myxosarcoma teleangiectoides cysticum») m. fl.

[2]) v. EWETSKY: Virch. Arch., bd 69, s. 40 och 48.

klart, blott fint kornigt, utan vakuoler och fettdroppar samt utan den något vaxartade glans, som ofta karakteriserar kancercellerna. På ett och annat ställe funnos mer långsträckta celler (bild 6 *b*), till och med en och annan spolformig sådan. Cellkärnarna hade allestädes ett tämligen likartadt utseende, mest bredt oval (längd omkr. 0,01 mm.), stundom rund form, i allmänhet tydlig kärnkropp samt voro fint korniga, skarpt begränsade och ofta klart glänsande; vanligen färgades de tämligen starkt af vesuvin. I de beskrifna strängarna och nästena tillhörde cellerna nästan uteslutande någon af nu skildrade typer. Isolerade i stromat eller samman med ett fåtal andra celler, förekommo här och där stora, egendomliga celler (0,025 till 0,045 mm. i diameter), hvilka dock alla företedde någon form af degeneration och därför skola längre fram närmare beskrifvas (jfr s. 13). Några af dem hyste ett par kärnar.

Hvad angår cellernas inbördes förhållande inom de skildrade strängarna, alveolerna och nästena må först anmärkas, att intet spår till intercellularsubstans kunde upptäckas. Där ej degenerativa bildningar skilde dem åt, lågo cellerna tätt intill hvarandra, i allmänhet utan någon speciel anordning. Stundom sågos kärnarna i det yttersta cellagret vara tangentielt stälda, företrädesvis på ställen, där en svulststräng utspänts inifrån genom en tillväxande hyalin kula l. d. Än mer sällan sågs en antydning till, att de periferiska cellerna ordnade sig radiärt till likhet med ett cylinderepitel, såsom annars ej sällan är fallet i de s. k. »plexiforma sarkomen». Af de större alveolerna eller cellnästena voro en del helt och hållet fylda med en likformig massa af celler utan någon egendomlig anordning; andra voro afdelade i mindre alveoler af en sparsam bindväf, som stundom innehöll blodkärl eller rester efter sådana; åter andra företedde en alldeles egendomlig struktur (bild 10). Cellerna voro nämligen här ordnade i enkla, dubbla eller flerdubbla rader till ett slags papillära bildningar, som utgingo från alveolens vägg, antingen i större delen af dennas utsträckning eller — kanske oftare — från ett bestämdt ställe å den samma, och slutade fritt in i alveolen med afrundad, stundom ansväld ände. Bild 16 visar en del sådana papiller från en vid preparationen söndersliten svulstalveol. Då papillerna utgingo från ett begränsadt parti af alveolens vägg, bildade de tillsammans en alveolen nästan fullständigt utfyllande klump, ibland ej olik en Malpighi'sk kropp från njuren,

och tydligt skild från väggen, som beklăddes af ett eller några få lager celler [1]). Mellan de papillära bildningarna sågos på preparaten smala, långsträckta rum, fylda af vätska (möjligen på en del ställen af koagulat eller hyalin massa). Papillerna själfva tycktes stundom utgöras endast af celler; i andra fall föreföll det, som om de hyste en central kanal, fyld med någon hyalin massa, en hyalint degenererad cellklump (bild 16 *a*) m. m. d. Huru dessa papillära bildningar böra tydas, gåfvo ej preparaten bestämdt vid handen; men det syntes troligast, att de utgjordes af med svulstceller beklädda, från blodkärl i alveolens vägg in i den samma prolifererande, till god del hyalint degenererade anlag till kapillärer, analoga med bildningar, som Förster [2]), Arndt [3]), v. Recklinghausen [4]), Sattler (anf. st.) m. fl. beskrifva. Sist nämnde förf. skildrar (s. 58) bland annat vaskularisering af svulstalveolerna från uti stromat löpande kärl på ett sätt, som nära öfverensstämmer med vårt nyss gjorda antagande. För dettas riktighet talar äfven bild 16, som vid *b* visar några med celler ofullständigt beklädda kolfvar, liknande dem, som de nämnda författarne afbilda såsom hyalint degenererade kapillärutskott eller anlag till sådana. Än mer typiska bildningar af denna art anträffades på annat ställe i svulsten (bild 17). Om man frånser nu skildrade papillära utskott, hvilkas celler i allmänhet tycktes ordnade kring centrala bildningar, så hyste cellsträngarna och alveolerna inga primära centralbildningar; de hyalina kulor, klumpar och långsträckta massor, som ej sällan sågos i centrum af cellsträngarna, voro helt och hållet af sekundär, degenerativ art. I detta hänseende öfverensstämde cellsträngarna i föreliggande svulst med en del af Sattler (anf. st.) och v. Ewetsky (anf. st., s. 40) skildrade dylika, medan v. Rustizky (anf. st., s. 197) beskrifver sådana som voro ihåliga och fylda med hyalint innehåll; hos Koester [5]) omnämnes, att cellsträngarna ej sällan ha lumen men utan hyalint innehåll, i stället stundom hysande

[1]) Sattler omnämner (s. 41), att i stora nästen cellerna stundom äro ordnade solfjäderformigt i rader.

[2]) Förster: Atlas d. pathol. Histologie. Tafl. XXX (»Cancroid mit hyalinen Kolben und Kugeln»), bild 13, 20, 25 m. fl.

[3]) Arndt: Virch. Arch., bd 51, s. 501 och 503, jfr tafl. XII, bild 10 och 11. Förf. nämner dessa knoppar och kolfvar på blodkärlen »Adventitialectasien», som ej hafva, men möjligen varit ämnade att få lumen.

[4]) v. Recklinghausen: Græfes Arch. f. Ophthalmologie. X. årg. 1, s. 190 och följande.

[5]) Koester: Virch. Arch., bd 40, s. 470.

ett finkornigt koagel. Svulstcellbalkar med blodkärl i centrum, från hvilkas adventitia svulstcellerna uppstått, skildras af WALDEYER [1]), RINDFLEISCH [2]), EBERTH [3]) m. fl. ARNDT [4]) omnämner, att de hyalint degenererade blodkärlen stundom ha höljen af svulstceller, hvarigenom uppstår bilden af svulstcellsträngar med hyalina balkar uti; de senare innehålla i sådant fall kärl eller rester af sådana. Enligt SATTLER (anf. st., s. 31) innehålla cellsträngarna stundom blodkärl med eller utan hyalina skidor.

Blodkärlen tycktes i det hela ej hafva spelat någon verksam rol vid svulstens bildning. Då de i allmänhet ej innehöllo blodkroppar, voro de finare af dem svåra att med säkerhet igenkänna. I de tunna bindväfshinnorna mellan svulstalveolerna sågos flerestädes fina strängar med en eller ett par smala kärnar här och där, på några ställen ett kort stycke visande ett lumen, som innehöll fina, mörka korn. Från dessa strängar utgingo åt sidorna liknande bildningar in i mellanväggarna mellan närbelägna alveoler. Vid viss inställning såg man, att dessa strängar flerestädes inneslöto helt tunna och små, gulskimrande, hyalina skollor. Dessa bildningar voro antagligen atrofierade, delvis bindväfsvandlade blodkärl, någon gång visande antydan till hyalin degeneration. På ett par ställen, där kärlen lågo något mer isolerade, framstodo cellkärnarna i deras väggar, företrädesvis i adventitian, såsom relatift stora, ovala och korniga, lika dem i svulstcellmassorna, och när ett sådant kärl löpte in mellan tvänne närbelägna svulstalveoler, kunde cellerna i kärlväggarna ej mer skiljas från de egentliga svulstcellerna, så att mellan svulstmassorna endast ett lumen syntes framgå. Här förelåg, såsom det tycktes, en svulstvandling af kärladventitians celler. — På flere ställen öfverraskades man af greniga, gulaktigt skimrande, hyalina balkar af växlande tjocklek (0,03 till 0,06 mm. och däröfver), skarpt begränsade mot omgifningen, här och där företeende ett lumen eller en smal, bindväfsartad sträng med några enstaka eller parvis tätt intill hvarandra belägna, stafformiga kärnar. Från en af dessa balkar utgick (bild 15 *a*) en hyalin

---

[1]) WALDEYER: Virch. Arch., bd 55, s. 134.

[2]) RINDFLEISCH: Lehrbuch d. pathol. Gewebelehre, 2te Aufl. Leipzig 1871, s. 602—603.

[3]) EBERTH: Virch. Arch., bd 49, s. 54—55.

[4]) ARNDT: Virch. Arch., bd 51, s. 502—503.

sidogren, som tycktes fortsätta sig i en bildning, liknande ett stycke kapillärkärl, hvars vägg företedde ansvälda, korniga kärnar i abnormt riklig mängd. På ett annat ställe af samma bild sågs från den inuti balken löpande smala strängen en gren afgå, träda ut ur den hyalina massan och förlora sig i en närbelägen cellhop (bild 15 *b*). Att dessa hyalina bildningar uppstått i samband med blodkärl, kan knappast betviflas. Det samma torde äfven kunna sägas om de egendomliga kolfvar, hvaraf fig. 17 lemnar en bild. I en groft kornig massa, vid hvilken de med smal stjälk äro fästade, synas teckningar (vid *a*), antydande atrofierade kapillärer, löpa fram till och ut i kolfvarna. Dessa äro tämligen groft korniga och strimmiga samt bära här och där en rund eller oval cellkärne. Liknande bildningar, fullständigt beklädda med svulstceller, sågos på några ställen.

Här förelågo altså, fast sparsamt representerade, flere olika slag af förändringar af blodkärlen. Den allmännast förekommande var atrofi med bindväfsvandling. I en svulst af liknande art från hjärnan, beskrifven af RINDFLEISCH (anf. st., s. 603), hade äfven kärlen till stor del gått under in i cellsträngarna. Atrofi med bindväfsvandling af kärl inuti hyalina balkar, ungefär såsom bild 15 *b* visar, har beskrifvits af KOCHER[1]), v. EWETSKY[2]) och BIRCH-HIRSCHFELD m. fl. Svulstvandling af kärlväggens, särskildt adventitians celler har af WALDEYER (anf. st.) betonats såsom det sätt, hvarpå de för cylindromen eller — enligt honom — »plexiforma angiosarkomen» karakteristiska cellsträngarna bildas; och jämte honom ha flere forskare sett bildningar af sådant ursprung (jfr s. 9). De i tungsvulsten förekommande hyalina, greniga balkarna med lumen men utan någon upptäckbar struktur i behåll öfverensstämde närmast med bildningar, som iakttagits af ARNDT[3]), och som utgjordes af blodkärl, i hvilka media och intima, stundom äfven adventitia, undergått hyalin omvandling. Hyalina balkar, som i sig hysa lemningar efter atrofierade blodkärl, hafva — som nämndt — beskrifvits af flere forskare (jfr ofvan) och likaså de hyalina kolfvarna (s. 8).

---

[1]) KOCHER: Virch. Arch., bd 44, s. 315. Jfr taff. X, bild 3.

[2]) Anf. st., s. 44. Förf. nämner här en uppsats af BIRCH-HIRSCHFELD (Arch. d. Heilkunde, bd 12), i hvilken denne meddelar samma iakttagelse. Denna uppsats har ej varit mig tillgänglig.

[3]) ARNDT: Virch. Arch., bd 49, s. 370 o. f.

I afseende på dessa hyalina bildningar: balkar, kolfvar, knoppar m. m., som utgå från blodkärlen eller uppstå genom degeneration af sådana eller af deras stödjesubstans, hafva ganska skiljaktiga åsigter framstälts, då det gält att närmare bestämma de elementära eller konstituerande delar inom kärlen, från hvilka de samma leda sitt upphof. Så har man låtit dem framgå

ur nybildning af *slemväf* (BILLROTH), antingen tillhörande stödjesubstansen [1]) eller kärladventitian [2]);

ur »en slemväfsomvandling» (mukös degeneration) af vanlig bindväf (R. MAIER [3]);

ur full-ständig hyalin degeneration af blodkärlens media och intima med eller utan omvandling af adventitian (ARNDT, jfr s. 10, not 3);

ur hyalin omvandling och kolossal ansvällning af en del celler i kärlväggen, som därigenom blir oregelbundet uppsväld och på genomsnitt visar sig sammansatt af tjocka, koncentriskt ordnade skollor med mindre celler och cellrester mellan sig (ARNDT [4]);

ur den mukösa grundsubstansen, som, förträngd af växande svulstcellmassor, kvarlemnats blott kring blodkärlen och där undergått hyalin degeneration (KOCHER [5]);

ur hyalin degeneration af de svulstvandlade »epitelcellerna» i blodkärlens lymfskidor (KOESTER, a. st., s. 490) o. s. v.

Beskaffenheten af här beskrifna preparat, med dess allmänna, till svulstens samtliga väfnader utbredda hyalina degeneration har icke medgifvit att utreda dessa spörgsmål. Dock synes det redan a priori äfvensom på grund af de olika forskarnes iakttagelser säkert, att i fråga varande hyalina bildningar kunna uppstå på olika sätt; och för vårt fall framgår tillräckligt af ofvan gifna skildring, att kärlens alla konstituerande delar kunna hyalint omvandlas, om det också måste lemnas oafgjordt, hvilken eller hvilka af dem som primärt hemfallit åt den hyalina degenerationen. (Jfr t. ex. bild. 15 och 17.)

---

[1]) BILLROTH: Virch. Arch., bd 17, s. 365. Förf. betraktade hyalina cylindrarna och kolfvarna såsom »papilläre Wucherungen von Schleimgewebe».

[2]) Densamme: Arch. d. Heilkunde, III årg., s. 51 och 53.

[3]) R. MAIER: Lehrbuch der allgem. pathol. Anatomie. Leipzig 1871, s. 271 (»Cylindrom»).

[4]) ARNDT: Virch. Arch., bd 41, s. 467 o. f.

[5]) Anf. st., s. 315. Förf. anmärker äfven, att kärlen flerestädes ej visa någon lagring af olika hinnor.

Om sålunda hyalin degeneration af blodkärlen blott sparsamt kunde påvisas, så var hyalin omvandling af celler och stroma så mycket allmännare. Än sågos i svulststrängarna ett mindre eller större antal dels runda, dels ovala, något gulaktigt skimrande kulor (bild 5); än hyste de större, oregelbundna, vanligen långsträckt cylindriska, någon gång greniga klumpar af liknande utseende, hvilka vanligen lågo centralt, omslutna af svulstceller (bild 12), någon gång åter intogo periferien, själfva omgifvande en grupp af celler (bild 13). På längdsnitt af svulstcellsträngarna sågs tydligt, att de hyalina bildningarna merendels utgjordes blott af i rad stälda större och mindre kulor och klumpar och ej — såsom möjligen tvärsnitten kunde låta förmoda — af sammanhängande balkar, kring hvilka cellerna voro ordnade l. d. Än förekommo de hyalina bildningarna helt enstaka, än i mycket riklig mängd, så att endast enkla rader af celler återstodo mellan dem; än lågo de omedelbart intill och pressade mot hvarandra, utan att sammanflyta; slutligen sågos de — fast mera sällan — ha sammanflutit till större klumpar, som då vanligen genom sitt knöliga utseende antydde, att de uppstått genom sammansintrande af mindre kulor. Sådana klumpar anträffades mest i enstaka svulststrängar, hvilkas hela innehåll undergått hyalin degeneration. Klumparna voro grupperade dels i svulststrängens periferi, dels fria inuti den samma, visande de mest fantastiska former af kulhögar (bild 11), kaktuslika bildningar o. s. v., alla med skarpa konturer och en gulaktig glans. Mellan de sammanhängande massorna funnos fria kulor och korn af likartad substans. Ingenstädes kunde i dessa kulor eller massor upptäckas något spår af struktur, några i dem inneslutna formelement eller rester efter sådana. Äfven i själfva slemhinnan sågos flerestädes isolerade, hyalina kulor, fastän där ej förekommo några svulstcellmassor. Särskildt funnos i slemhinnepapillerna talrika kulor och klumpar, och i epitelet närmast kring dessa voro cellkärnarna flerestädes klara, glänsande, ej granulerade.

Hyalina kulor ha beskrifvits af de fleste författare, som skildrat svulster af i fråga varande art; några omtala äfven de knöliga, kaktuslika massorna. Sattler (anf. st., s. 37) betonar, att de hyalina kulorna i allmänhet ej sammanflyta till bildande af större klumpar. I tungsvulsten tyckes dock detta ibland ha varit fallet.

Med afseende på de hyalina kulornas uppkomst ha olika åsigter gjort sig gällande. BILLROTH [1]) och v. EWETSKY (a. st., s. 43) antogo, att de voro från det hyalina balkverket afsnörda eller afbrutna knoppar; de nämna dock möjligheten af deras ursprung från celler. Till den först nämnda åsigten anslöt sig R. MAIER [2]). Enligt STEUDENER åter (anf. st., s. 41, tafl. I, bild 5 och 6) leda de sitt ursprung från cellerna. ARNDT [3]) skildrar jämte hyalina kulor äfven sådana, som bestå af koncentriskt ordnade celler och likna s. k. »kankroidperlor». BOETTCHER (anf. st., s. 409 o. f.) beskrifver homogena, koncentriskt eller radiärt strimmiga, hyalina kulor jämte sådana, som inneslutа tydliga cellulära bildningar; han anser, att de uppstått genom ett slags knoppbildning från de egendomliga broskceller, hvilka karakteriserade den svulst (från orbita), som han skildrar. KOESTER (anf. st., s. 469 och 485) omnämner hyalina kulor, en del innehållande stjärnformiga bildningar af korn, celler och cellrester, hvilka kulor uppstått därigenom, att smärre, hyalina sådana, hufvudsakligen utvecklade från degenererade cellkärnar, sammansintrat och därvid mellan sig inneslutit celler, koagulerade massor m. m. d. SATTLER slutligen (anf. st., s. 35) har steg för steg följt, huru de kulformiga bildningarna uppstått genom hyalinvandling af cellkärnar, hvilka mista sin kornighet, klarna och tilltaga i storlek, under det att kärnkroppen först sväller an till en oljlik droppe och därefter försvinner. Med dessa SATTLERS iakttagelser öfverensstämmer vår egen erfarenhet. Än sågs i celler af vanliga dimensioner med kornigt protoplasma kärnen något ansväld, hyalin och gulskimrande (bild 8 *a*); än anträffades en och annan större cell, hysande en omfångsrik, oregelbunden, hyalin kärne med en oljelikt glänsande bildning uti, antagligen den förändrade kärnkroppen (bild 4); slutligen iakttogos ett par gånger — något som tyckes oss synnerligen bevisande — hyalina kulor, omgifna af en helt liten protoplasmazon, äfven den hyalint degenererad (bild 14 *a*) o. s. v.

Medan de hyalina, gulskimrande kulorna mestadels förekommo i de smalare, strängelika svulstcellmassorna, anträffades däremot i de gröfre alveolerna och nästena en annan form af

---

[1]) BILLROTH: Unterzuchungen über d. Entwickelung d. Blutgefässe. Berlin 1856, s. 62.

[2]) R. MAIER: Virch. Arch., bd 14, s. 273—274.

[3]) ARNDT: Virch. Arch., bd 51, s. 497. Jfr tafl. XII, bild 4.

hyalin celldegeneration, nämligen af protoplasmat, vanligen utan, stundom med degeneration af kärnen. Än var i enstaka celler protoplasmat klart, glänsande, utan gulaktigt skimmer och fritt från korn, medan kärnen åter var granulerad (bild 14 *b*); — stundom voro cellerna härvid ansvälda till betydlig storlek (bild 19), mycket påminnande om de »corps ovoides» (ROBIN), som afbildats i LEBERTS Traité d'anatomie pathologique (Atlas; tab. L, bild 3) — än sågs cellernas protoplasma i hela svulstalveoler på sådant sätt hyalint glänsande, under det kärnarna fortfarande voro granulerade. Vanligen voro härvid gränserna mellan de olika cellerna utplånade, och det hyalint omvandlade protoplasmat bildade en enda massa med likasom hålrum uti, hvari cellkärnarna lågo. Kring dessa kunde intet spår af oförändradt protoplasma upptäckas. Naturligtvis är det svårt att afgöra, om härvid verkligen protoplasmat självt omvandlats till den hyalina massan, eller om denna till äfventyrs uppkommit såsom en intercellularsubstans genom sekretion från cellerna, medan dessas protoplasma självt gått under. Om det senare varit fallet, borde man emellertid någonstädes ha anträffat öfvergångsformer, bestående af celler med kärne och protoplasma samt hyalin intercellularsubstans; men sådana bilder hafva vi ingenstädes sett. — På sina ställen, där kärnarna vid preparationen fallit ut, återstod af cellerna blott ett fint, glänsande balkverk (bild 18). På ett par ställen sågs i hålrummen af en sådan massa hyalina, gulskimrande kulor i stället för kärnar. I allmänhet tycktes emellertid kärnarna öfvergå till samma substans som protoplasmat, så att af dem ej syntes ett spår mer; altsammans hade uppgått i en glänsande massa, blott här och där hysande några korn, strimmor, små rundade hålrum, cellrester, kärnar eller hyalina kulor. Ej sällan hade den degenererade svulstcellmassan — åtminstone på tjockare snitt — utseende af mattslipadt glas. Den hyalina degenerationen sträckte sig icke alltid till samtliga cellerna i en svulstalveol, och var det då företrädesvis de periferiska som bibehöllo sig, så att någon gång endast ett enkelt cellager — äfven det ibland ofullständigt — fans kvar, omslutande den hyalina massan. Flerestädes sågs det genom protoplasmats degeneration uppkomna balkverket öfvergå i det alveolen omgifvande stromat, hvilket då äfven var hyalint omvandladt. Egendomligt nog tycktes den hyalina degenerationen af cellerna, specielt den af kärnarna, företrädesvis rik-

ligt uppträda i de smalare cellsträngarna och mindre svulstalveolerna, under det att de större cellnästena — särskildt sådana, som hyste de ofvan (s. 7) skildrade papillära bildningarna — ej företedde något slags degeneration.

Det torde böra framhållas, att hyalin degeneration, åtminstone af de egentliga svulstcellernas protoplasma, knapt omnämnes i literaturen om det slags svulster, hvarom här är fråga. ARNDT (jfr ofvan s. 11, not 4) skildrar visserligen hyalinvandling af protoplasmat i kärlväggens celler, medan kärnarna dels gå under i kornig degeneration, dels kvarstå med glänsande kärnkroppar. Men beskrifningar och bilder, öfverensstämmande med dem, vi sökt lemna, ha vi ingenstädes funnit.

Till sist må äfven nämnas, att också stromats bindväf i ganska stor utsträckning visade hyalin degeneration. Mellanväggarna mellan cellsträngar och svulstalveoler företedde mångenstädes ej den fibrillära bindväfvens fina strimmighet utan ett homogent, hvitglänsande utseende (bild 2), hvarvid i allmänhet bindväfsceller saknades. Särskildt kring svulstcellmassorna visade stromat ofta bilden af en hyalin kapsel, i likhet med hvad FRIEDLÄNDER (anf. st., s. 184) skildrar [1]. Hyalin omvandling af stromat omnämna dessutom BILLROTH [2]) samt v. EWETSKY (anf. st., s. 39, 42 m. fl. ställen), som därvid först lagt större vigt.

Såsom ofvan antydts, nådde den hyalina degenerationen flerestädes i svulsten en så betydande utbredning, att de för-

---

[1]) Hyalina kapslar kring svulstmassorna skildras af flere författare, men de ha mycket olika uppfattning af deras natur och ursprung. FRIEDREICH (Virch. Arch., bd 27, s. 376) beskrifver hyalina kapslar kring cellmassor och enstaka celler, hvilka kapslar skulle uppstått genom sekretion från cellerna. Denna uppfattning bildar ett slags öfvergång till den MECKEL-VOLKMANNska åsigten (MECKEL: Charité-Annalen, bd 7, 1, hvilken uppsats ej varit mig tillgänglig; VOLKMANN: Virch. Arch. bd 12, s. 293—302). enligt hvilken de hyalina höljena kring svulstcellerna uppstå från ett slags egendomliga celler, som antogos genom vakuolbildning utväxa till säckar, cylindriska rör l. d., i hvilka därefter stundom svulstcellmassor utveckla sig från den ursprungliga cellkärnen. VIRCHOW beskrifver (i Untersuchungen über d. Entwickelung des Schädelgrundes o. s. v. Berlin 1857, s. 58) under benämningen *fysalider* liknande celler, hvilka han anser tillhöra broskcellernas typ samt vara analoga med de cellulära element, som på nyss angifvet sätt pläga ge upphof till de egendomliga kapslarna i cylindromen. Till den MECKEL-VOLKMANNska åsigten ansluter sig i det hela TOMMASI (Virch. Arch., bd 31, s. 115). BOETTCHER däremot (anf. st., s. 415—416) anser, att de hyalina kapslarna äro af bindväfsnatur och stå i samband med stromat, men att de tillika utväxa kring och omgifva de egendomliga, gren- och knoppbildande utskott och strängar af protoplasma, som utsändas från cellerna i den svulst, han skildrar.

[2]) BILLROTH: Untersuchungen über d. Entwickel. d. Blutgefässe, s. 66.

ändrade partierna äfven makroskopiskt gåfvo sig tillkänna såsom gråbruna, gelatinösa klumpar af ett knappnålshufvuds storlek och däröfver. Vid undersökning visade sig dessa i allmänhet nästan homogena, här och där något korniga och strimmiga, inneslutande en och annan, ofta ansväld och hyalint degenererad cell, några kornigt sönderfallande kärnar, hyalina kulor o. s. v. Den gradvisa öfvergången från vanlig svulstväfnad genom olika stadier af hyalin degeneration i så väl celler som stroma till dessa stora hyalina massor gaf vid handen, att dessa uppstått genom sammansintrande af de olika, hvar för sig degenererade beståndsdelarna af väfnaden. Härför talade äfven en del egendomliga strimmor och teckningar af det ursprungliga stromats förlopp, hvilka flerestädes anträffades i de omnämnda massorna. Vid stark förstoring tycktes dessa teckningar utgöras af fina, mörka punkter, korn och strimmor; vid svagare förstoring tedde de sig som mörka strängar och balkar, omslutande större och mindre, runda, ovala eller långsträckta fält af klarare, hyalint utseende. Än voro dessa strängar raka och jämna, än åter slingrade, lika veckade krås.

Angående själfva den hyalina substansens beskaffenhet ha vi endast att anföra några iakttagelser, gjorda på spritpreparatet. Hvarken utspädd ättiksyra eller kalilösning tycktes utöfva något märkbart inflytande. Af vesuvin färgades hyalina kulor, klumpar, balkar, kaktuslika massor o. s. v. samt det hyalint degenererade stromat gult eller brunt; det hyalint degenererade protoplasmat tycktes föga eller ej als taga till sig färgen. Af pikrokarmin färgades de flesta hyalina bildningar blekgula.

Af tungans *muskulatur* anträffas i svulstmassan på de flesta ställen spridda stråk dels af normalt utseende, dels förändrade. Flerestädes i svulstens bakre och djupare partier sågos hela knippen af oförändrade muskeltrådar. Blott i kanten af dessa knippen, där de voro utsatta för tryck af närbelägna svulstcellmassor, visade sig muskeltrådarna ganska smala (blott omkr. 0,007 till 0,008 mm. breda), med otydlig eller ingen tvärstrimning, ofta korniga eller längsstrimmiga samt med betydligt ökadt antal ovala eller stafformiga kärnar i sarkolemmat, sålunda företeende vanliga tecken till atrofi. På samma sätt förhöllo sig i allmänhet de enstaka muskeltrådar, som anträf-

fades här och där emellan svulstcellsträngarna. På flere ställen sågos en muskeltråd och en svulststräng alternera med hvarandra flere gånger om. I en del muskelknippen voro trådarna mycket smala (0,003 till 0,004 mm.) och reducerade till fina strängar, i hvilka strieringen blott med möda eller ej als kunde upptäckas. Ingenstädes sågos muskeltrådar direkt öfvergå i svulstcellsträngar, hvilket ofta de sist nämndas läge och form kunde ge anledning att tro. Vid ett par tillfällen anträffades muskeltrådar, som tycktes omedelbart fortsätta sig i svulstkolfvar; men efter fortsatt preparation visade det sig, att muskeltrådarna, som voro af det greniga slaget, omfattat svulstmassorna mellan sina brancher, hvilka framgingo fria på sidan om de förra. — Här och hvar i svulsten anträffades äfven långsträckta cylindriska bildningar, ungefär af en muskeltråds dimensioner, men utan spår till striering, finprickiga såsom mattslipadt glas, stundom svagt gulaktigt skimrande och af ett vaxlikt utseende. De lågo vanligen i bundtar med parallelt förlopp, och flere af dem hade på ytan några kärnar, stadda i kornigt sönderfall. Sannolikt voro dessa bildningar homogent (vaxlikt) degenererade muskeltrådar. I en del muskelknippen var perimysiet infiltreradt med små, lymfoida celler, i andra åter af små celler med ovala kärnar. SATTLER (anf. st., s. 45) och KOESTER (anf. st., s. 473) omnämna äfven atrofi och degeneration af muskelväfnad uti svulster af liknande art.

Vid bakre och vänstra kanten af svulsten anträffades *körtelväfnad* af den mukösa typen. Den tycktes fullkomligt normal och var i allmänhet skild från svulstmassan genom ganska starka bindväfsstråk. Blott på några ställen var gränsen mera otydlig, och körtelalveolerna kommo i nära beröring med svulstväfnaden. Den sist nämnda tycktes inkräkta på körtelväfnaden: de närmaste körtelalveolerna voro tillplattade, cellernas kärnar färgades starkare och voro ökade till antalet, protoplasmat mera kornigt, specielt i periferien. Förändringarna i körtelväfnaden tycktes sålunda äfven de vara af rent passiv art.

Efter den skildring af tungsvulsten, jag nu sökt lemna, torde man utan vidare tvekan kunna gifva den samma plats bland de *sarkomatösa nybildningarna*. Redan svulstens makrosko-

piska utseende och den långa utvecklingstiden gåfvo vid handen, att ej en vanlig tungkankroid förelåg. Då vidare den mikroskopiska undersökningen visat, att hvarken slemhinnans eller körtlarnas epitel stodo i något genetiskt samband med svulstcellerna, samt att dessa till utseendet (jfr s. 6) liknade bindeväfs-, ej epitelceller, kunde svulstens sarkomatösa natur anses afgjord. Metastasering till högra sidans retromaxillarkörtlar (om sådan — såsom troligt synes — egt rum), kan ej ensam för sig rubba diagnosen, då sarkom af föreliggande beskaffenhet åtminstone i ett förut beskrifvet fall [1]) metastaserat till lymfkörtlar.

Hvad angår svulstens säte i tungan, är detta organ, som bekant, predilektionsställe för kancer och speciellt för kankroidsvulster, medan sarkom åter därstädes äro ytterst sällsynta. Jag har i ett tillägg (s. 22) sammanstält de få fall af sarkom i tungan, hvilka jag anträffat i literaturen. Vid ett par af dessa fall (n:r 1 och 3) saknas hvarje närmare uppgift om svulstens art. Fallet n:r 2 angifves hafva företett både spol- och rundceller, n:r 4 och 5 rundceller. Fallen n:r 4 och 6 betecknas såsom *lymfosarkom*, hvilket väl härvidlag är liktydigt med sarkomatösa svulster af lymfkörtlarnas typ med små runda celler, lika lymfoida sådana [2]). Så vidt man af de knapphändiga uppgifterna kan döma, erbjuder altså intet af dessa fall någon likhet med den svulst, som jag här skildrat.

Däremot visar denna — såsom ofvan antydts — stor öfverensstämmelse med en del af de nybildningar, som af flere författare benämts *cylindrom*, medan de af andre betecknats såsom blott ett egendomligt slag af sarkom eller karcinom eller erhållit ännu andra namn. Sådana svulster ha anträffats i orbita, i hjärnan och pia mater, på kinden, i öfver- och underkäken, spottkörtlarna samt — i ett par fall — i bukhålan. Jämte det att de altså i allmänhet uppträda blott inom en ganska begränsad del af kroppen, visa de — enligt SATTLER (anf. st.) — en del andra, äfvenledes ur praktisk synpunkt beaktansvärda

---

[1]) TOMMASI (anf. st., s. 111). Svulsten nämnes af förf. »Schlauchsarkom».

[2]) Med namnet *lymfosarkom* har man betecknat ej blott 1) verklig »primär sarkomsvulst i lymfkörtel» (WINIWARTER, Langenbecks Arch., bd 18, s. 157), utan äfven 2) hvad slag af lymfkörtelsvulst som hälst, som kliniskt liknade ett sarkom, således äfven det »maligna lymfomet» (BILLROTH), samt slutligen 3) äfven svulster af i texten antydda beskaffenhet uti andra organ än lymfkörtlar. (Jfr BILLROTHS Allg. chirurg. Pathologie und Therapie, 13:de uppl., s. 853.)

egendomligheter. De äro ofta smärtsamma, pläga ej ulcerera, ha en bestämd tendens att recidivera in loco, men metastasera vanligen ej. Blott i 3 fall har metastasering iakttagits; i ett af dem, TOMMASIS fall (jfr noten 1, s. 15), voro äfven lymfkörtlar angripna.

Till den grupp af svulster, som benämnts *cylindrom*, och som hafva nyss nämnda kliniska karakterer gemensamma, ha emellertid under tidernas lopp räknats åtskilliga, ur patologiskt-anatomisk synpunkt helt olika slag af nybildningar; af dessa torde de vigtigaste, representerande olika typer, här i korthet anföras, på det att vi bland dem må finna, hvarthän den här beskrifna tungsvulsten bör räknas.

BILLROTH, som först brukat namnet cylindrom [1]), menade därmed svulster, som karaktiserades af, att kring blodkärlen — särdeles de nybildade — utvecklats skidor af »en högst egendomlig och regelbundet formad, strukturlös bindväf», bildande ett nätverk af hyalina balkar, i hvars maskor i en del fall slingrade sig ett annat balkverk af celler, ordnade såsom uti vissa körtlar. Senare antog BILLROTH, att de hyalina cylindrarna uppstått ur slemväf [2]) eller — såsom i ett fall af tumör i lilla hjärnan [3]) — genom slemvandling af blodkärlens tunica adventitia.

MECKEL och VOLKMANN m. fl. hafva (jfr ofvan noten 1 å s. 15) framstält den åsigten, att de hyalina kulor, cylindrar o. s. v., som karakteriserade deras cylindrom, uppstått genom utväxt af egendomliga celler, tillhörande broskcellernas typ; in i cylindrarna utvecklades stundom klumpar och strängar af svulstceller.

Åtskillige författare anse såsom för cylindromen karakteristiska beståndsdelar ej de hyalina balkarna, kulorna m. m. — hvilka betraktas såsom sekundära, degenerativa bildningar — utan *de i långsträckta strängar ordnade svulstcellmassorna.* På grund af den nätlika utbredning, som nämnda strängar oftast förete, hafva särskildt de svulster, som visa en sådan anordning, fått namn af *plexiforma sarkom.* Med afseende på svulstelementens ursprung hafva af olika auktorer olika källor och uppkomstsätt framhållits.

---

[1]) BILLROTH: Entwickelung d. Blutgefässe. Berlin 1856, s. 55—69.
[2]) » Virch. Arch., bd 17, s. 357—375.
[3]) » Arch. d. Heilkunde, III Jahrg. (1862), s. 47—62.

WALDEYER (anf. st.) anser på grund af andras och egna iakttagelser, att de för cylindromen egendomliga cellsträngarna uppstå genom *svulstvandling af »peritelets»* (det yttersta lagrets af kärladventitian) *celler*. Grundsubstansen är ofta af myxomatös, fibrillär eller sarkomatös beskaffenhet. För denna svulstform föreslår WALDEYER namnet *angiosarcoma plexiforme*.

SATTLER (anf. st.) ansluter sig delvis till WALDEYERS uppfattning, men beskrifver därjämte svulstcellsträngar, som uppstå genom proliferation af *bindväfskropparna i den allmänna stödjebindväfven*, och som följaktligen ej hysa blodkärl. Då emellertid peritelet utgöres af bindväf, som utan bestämd gräns öfvergår i omgifvande stödjeväfnad, finnes tydligen mellan de af WALDEYER och SATTLER beskrifna utvecklingssätten ingen principiel skilnad.

På JOHANNES MÜLLERS råd har BUSCH [1]) samt efter honom v. RECKLINGHAUSEN [2]), KOESTER (anf. st.) m. fl. hänvisat uppkomsten af cellsträngarna i hithörande svulster till en proliferation af *endotelet i lymfkärlen eller deras rötter, bindväfvens saftrum* [3]).

Hvad beträffar den af mig skildrade tungsvulsten, visar den samma mesta öfverensstämmelse med de af SATTLER skildrade

---

[1]) BUSCH: Chirurgische Beobachtungen, Berlin 1854 (citeradt ur KOESTER, Virch. Arch., bd 40, s. 468).

[2]) v. RECKLINGHAUSEN: Græfe's Arch. f. Ophthalmologie, bd 12, 2, s. 71.

[3]) R. MAIER lemnar i Lehrb. d. allgem. pathol. Anatomie, Leipzig 1871 under kapitlet »Cylindrom» (s. 269—274) en gruppering af hit hörande svulstformer med hänsyn särskildt till deras uppkomstsätt.

v. EWETSKY gifver (anf. st., 50—54) af samma svulstgrupp följande indelning, som — om än icke fullt uttömmande — dock synts oss förtjäna att anföras:

I. Rena former:

A. *Plexiforma sarkom* med strängar och massor af sarkomceller, hvilka utgått
   a) från blodkärlens adventitia (= WALDEYERS »angiosarcoma plexiforme»);
   b) från bindväfskropparna eller
   c) från lymfrummens endotel, och som sakna hyalint balkverk, men i stället förete:
      1) hyalin degeneration af cellerna;
      2) hyalin degeneration af stromat.

B. *Angioma mucosum proliferum* (BILLROTHS ursprungliga, enkla cylindrom) med bildning af ett hyalint balkverk kring blodkärlen, men utan cellsträngar.

II. Blandformer:

C. *Plexiforma angiosarkom*, svulster, bygda af hyalint balkverk med däremellan slingrande strängar af svulstceller.

D. Kombination af »angioma mucos. prolif.» med andra svulstformer, exempelvis sarkom, myxosarkom o. d.

fallen. Strängar och nästen af svulstceller, till stor del uppkomna utan samband med blodkärlen, utgöra det för den samma utmärkande. Huruvida dessa celler utvecklats från bindväfskropparna eller från endotelet i lymfbanorna, är svårt att afgöra. För den förra möjligheten tala en del mikroskopiska bilder (jfr bild 7), hvilka likna dem, som SATTLER lemnat för att ådagalägga svulstcellernas uppkomst från bindväfskropparna. Man ser där vid sidan af enstaka bindväfskroppar begynnelsen till en svulstcellsträng, innehållande celler, som mycket liknade de först nämnda. Ehuru intet direkt bevis därför erhållits, är det emellertid på grund af öfverensstämmelsen med fall, som v. RECKLINGHAUSEN och KOESTER (jfr s. 20) skildrat, ej omöjligt, att en — kanske betydlig — del af svulstelementen leder sitt ursprung från endotelet i saftrummen och lymfkärlens finare förgreningar. Visserligen förlöpa cellsträngarna i tungsvulsten i allmänhet ogrenade, parallela, utan anastomoser och ej nätlikt förgrenade såsom vanligen lymfbanorna — en omständighet, som SATTLER (a. st.) anför såsom bevis emot antagandet, att svulstcellerna skulle utvecklas i lymfkärlen eller deras rötter. Men då den normala histologin icke lemnar någon upplysning om förloppet af de finare lymfbanorna i muskelväfven, kan man ej däraf hemta något bevis hvarken mot eller för det nämnda antagandet. Och då numer ingen skarp gräns kan dragas mellan bindväfskroppar och endotelceller, som bekläda bindväfvens klyfrum, är det väl möjligt, att båda dessa slag af bindväfsceller bidragit till svulstens bildning.

I likhet med SATTLER har jag benämnt tungsvulsten *cylindrom*, ehuru den samma föga öfverensstämmer med den form af nybildning, som BILLROTH ursprungligen gaf detta namn. Då emellertid denna benämning användts på flere olika slag af svulster, har jag därtill fogat ett annat, som närmare anger tumörens art. Anslutande mig till v. EWETSKYS ofvan (i noten 3 å sid. 20) anförda schema och med afseende fäst vid den hyalina degenerationen af celler och stroma, har jag benämnt svulsten *sarcoma plexiforme hyalinum* (vel *gelatinosum*) *linguæ*. Emellertid ha en del mikroskopiska bilder visat, dels att kärladventitians celler i någon mon deltagit i svulstbildningen, dels ock att blodkärlens väggar här och där undergått hyalin degeneration. Därför måste svulsten — eller åtminstone delar af den samma — anses närma sig de *plexiforma angiosarkomen*.

Tillägg.

I literaturen finnas några få uppgifter om sarkom i tungan, mest i kirurgiska afhandlingar. Vi angifva dessa fall jämte källor, utan att *på grund af skildringarna* våga yttra oss om, huruvida verkliga sarkom förelegat.

1) GURLT: (i Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie, bd 25, s. 436). Ett fall af sarkom i tungan omnämnes i en svulststatistik utan någon beskrifning.

Efter BUTLIN (Krankheiten d. Zunge, deutsch bearbeitet von J. BEREGSZÁSZY. Wien 1887, s. 223—225) anför jag:

2) JACOBI i New-York (i den amerikanska »Journal af Obstetrix» 1870, vol. II, s. 81). Medfödd, slutligen valnötstor tumör å tungryggen hos ett barn. Svulsten växte snabt, var rundad, elastisk, fårad och suppurerande, visade sig efter exstirpation bestå af dels runda, dels spolformiga celler. Möjligen embryonal väfnad (BUTLIN).

3) Fall, behandladt af d:r GODLEE (University College Hospital, London). Delvis skaftad tumör på tungryggen, recidiverande efter operation. Senare flere svulster på olika ställen af huden. »Multipelt sarkom» (BARKER, Holmes System of Surgery, vol. II, third edition [1]).

4) Rundcell- och lymfosarkom, som långsamt utvecklats. BUTLIN har sett preparat af svulsten, men känner för öfrigt intet om fallet.

5) ALBERT: (Wiener med. Presse 1885 [1]). En 56-årig fru hade en från hela tungbasen utgående, glatt, rund svulst, väl begränsad, måttligt fast, på några ställen t. o. m. mjuk; utvecklingstid omkr. 1 år; tungans främre del och gommen normala. Exstirpation. Död af lobulär pnevmoni. Svulsten var ett rundcellsarkom.

6) 42-årig man led af svulstartad infiltration i tungroten och vänstra tonsillen samt af icterus. Klinisk diagnos: carcinoma linguæ et ad portam hepatis. Tungans yta var torr, smärtande; munbotten hård och fast; djup trattformig ulceration å vänstra tungkanten. Pat., som behandlades å medicinsk

[1]) Dessa källor hafva ej varit mig tillgängliga.

sjukhusafdelning, afled därstädes. Obduktionen visade, utom förändringarna i tungan, äfven metastaser i halsens och bukhålans lymfkörtlar. Patol.-anatom. diagnos: lymphosarcoma. Preparat efter obduktionen finnes i Wiens patologiska institutions museum.

Förklaring till bilderna.

Bild 1. Den svulstvandlade tungan i naturlig storlek, sedd ofvanifrån.

» 2. Balkverk af hyalint degenererad bindväf med svulstceller i maskorna. (Hartnack obj. 4, ok. 3.)

» 3. Svulstceller med tydliga gränser ur en större svulstalveol. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 4. Cell med hyalint degenererad kärne och oljelikt glänsande kärnkropp. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 5. Svulstcellsträng med talrika hyalina kulor. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

» 6. *a*) Vanligaste formen af svulstceller; *b*) långsträckta och spolformiga sådana. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 7. Bindväfskroppar och begynnande bildning af en svulstcellsträng (*a*). (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 8. Svulstcellalveol med hyalina kulor; *a*) cell med kornigt protoplasma och hyalin glänsande kärne. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 9. Grenig svulstcellsträng. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 10. Större svulstalveol med cellerna ordnade i strängar; mellan dessa klyftor. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

» 11. Del af svulstcellsträng, hvars innehåll öfvergått till hyalina massor i form af kulhögar o. d. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

» 12. Svulstalveol med en central hyalin massa. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

» 13. Cellmassa, omgifven af hyalina klumpar. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

» 14. Tvänne celler; *a*) med hyalint degenererad kärne, båda med hyalinvandling af protoplasmat. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

» 15. Hyalin, grenig massa; *a*) en gren fortsätter sig i en kapillärlik bildning; *b*) strängar, lika atrofierade kapillärer, löpa ut ur den hyalina balken och förlora sig bland svulstcellerna. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

Bild 16. Svulstcellpapiller, liknande tarmvilli; *a*) hyalint degenererad cell in i en sådan papill, *b*) cellklädda kolfvar. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

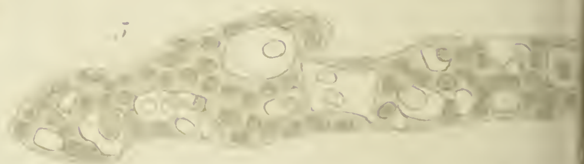
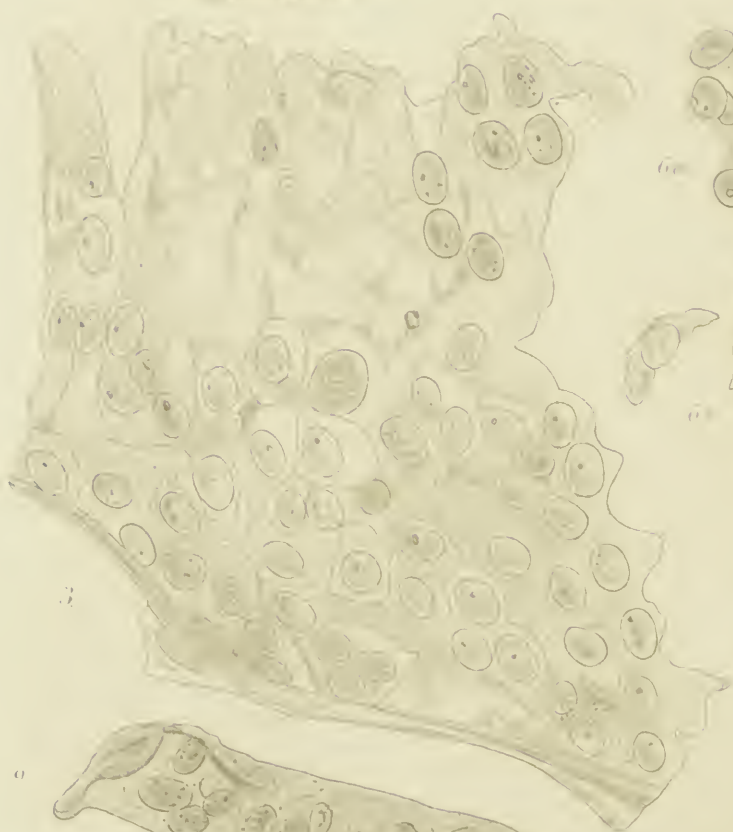
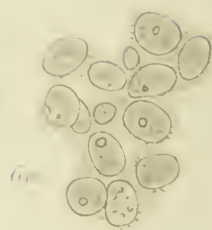
» 17. Hyalina kolfvar; *a*) strängar (atrofierade kapillärer), löpa ut i kolfvarna. (Hartn. obj. 4, ok. 3.)

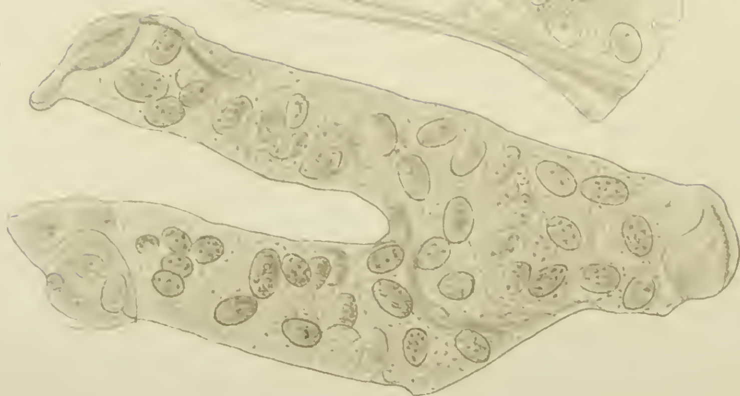
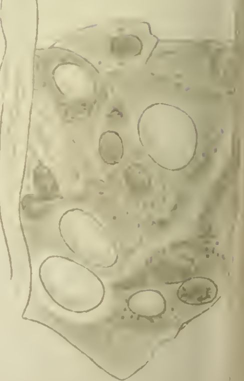
» 18. Del af en svulstalveol, visande dels celler, dels ett balkverk af hyalint, glänsande protoplasma, hvarur kärnarna fallit ut. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

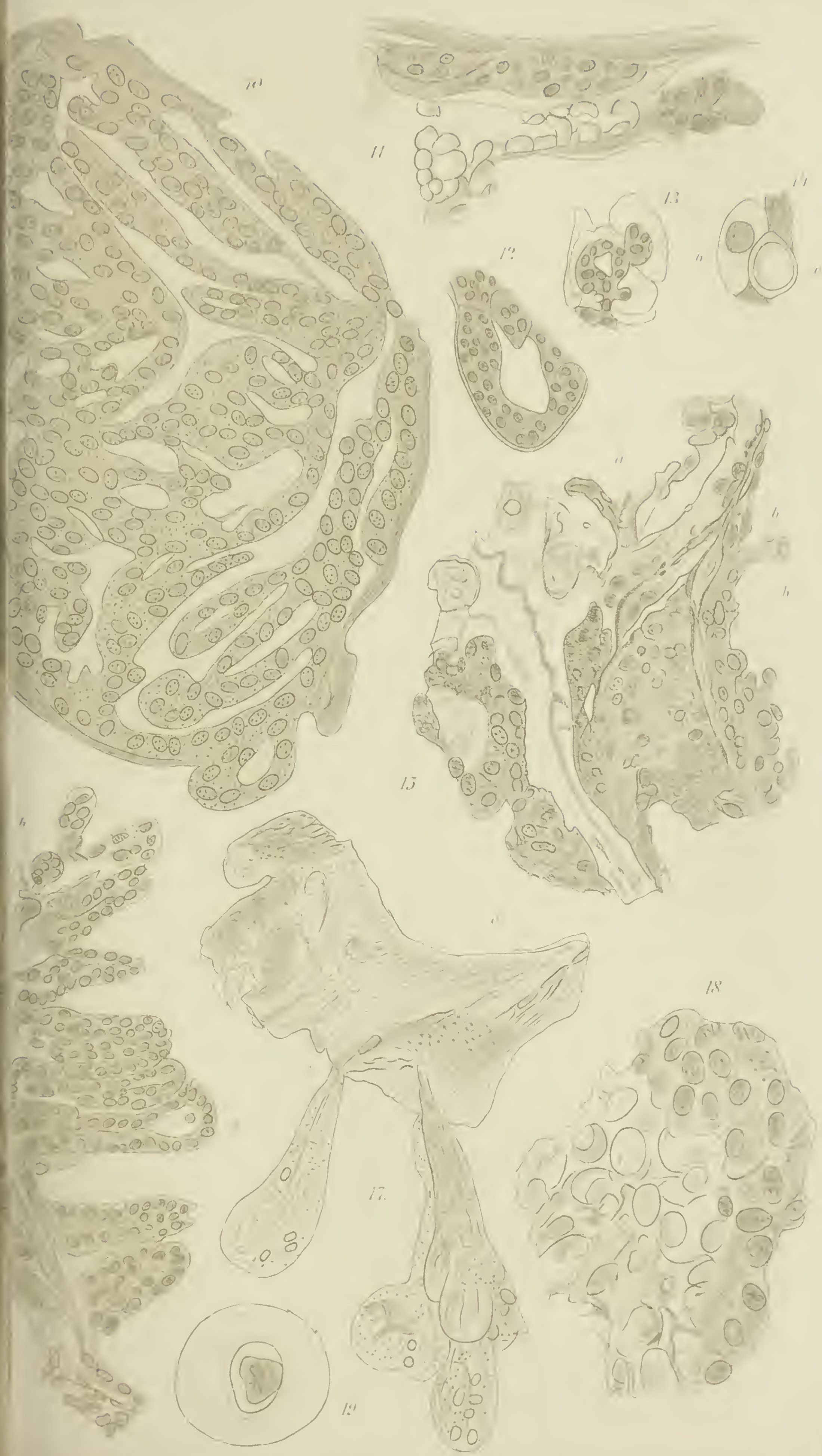
» 19. Hyalin kula med en kantig kärne och en något tätare zon närmast den samma; antagligen en degenererad cell. (Hartn. obj. 7, ok. 3.)

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.




10
11
12
13
14
15
17.
18
19

Kortare meddelanden.

I. Et Tilfälde af Trikinsygdom i Köbenhavn.

Meddelt af

stud. med. & chir. FINSEN.

På Kommunehospitalets 3dje Afdeling er der i Foråret iagttaget et Sygdomstilfälde, som allerede den förste Dag vakte en Mistanke om Trikinose, der under Sygdommens Forlöb bekräftede sig mere og mere. Uheldigvis har det ikke väret muligt ätiologisk at påvise Infektionen, da der ikke fandtes mere af det Köd eller de Pölser, der kunde have påfört Pat. Trikiner. Mikroskopisk Undersögelse af fæces, der blev foretagen et Par Gange, gav negativt Resultat; og operativt Indgreb med den Middeldorph'ske Harpun eller Incision for at få et Stykke Muskelsubstans til Undersögelse fölte man sig ikke beföjet til at foretage, da et negativt Resultat af sådan Undersögelse, som bekendt, meget ofte forefalder, uden at Diagnosens Urigtighed derved er godtgjort.

På Hr Prof. TRIERS Opfordring vil jeg meddele et kort Referat af dette Sygdomstilfälde.

Pat., der er Tjänestepige, 19 År, har, med Undtagelse af lidt Blegsot, altid tidligere väret rask. I de sidste Dage af Jan. 1887 begyndte hun at föle sig ilde med Hovedpine, Mangel på Appetit og Spänding af Underlivet med samtidig Forstoppelse, hvad hun i övrigt altid har haft Tilböjelighed til. Da Tilstanden imidlertid forvärredes og der optrådte Hävelse omkring Öjnene, gik hun d. 12 Febr. til Sängs. Hävelsen omkring Öjnene tiltog på et Par Dage, så hun ikke kunde få Öjelågene fra hinanden; hun havde tillige Feber og svedte stärkt.

Ved Indläggelsen på Hospitalet, d. 15 Febr., kunde hun vel åbne Öjespalterne; men der var endnu tydeligt Ödem af Öjelågene, ligesom hele Ansigtet havde et oppustet Udseende. Det hävede Parti omkring Öjnene, hvori hun havde nogen Stramheds- og Hedefornemmelse, havde en svag röd Farve; men der var ingen Efflorescens. Hun klagede noget over Ömhed i Ryggen, men havde i övrigt ingen Smerter i roligt Leje. At rejse sig over Ende i Sängen kostede hende meget Besvär, og Sideleje kunde hun ikke tåle på Grund af Smerter i Skulder og Hofte; dog skete Bevägelse af disse Led uden Smerte, og de vare ikke ömme for Tryk. Langs columna heller ingen Ömhed for Tryk. Armene kunde hun ikke rette helt ud i Albuleddene. Udretningen forårsagede Smerter på Flexorsiden; ligeledes gjorde det ondt, når Armene roteredes stärkt opad eller bagtil; men selve Leddene smertede ikke og väre ikke ömme for Tryk. Underextremiteterne kunde uden Smerte böjes i Knäleddene til en Vinkel lidt under en ret; men yderligere Böjning forhindredes ved Smerter i Blöddelene på Forfladen af Låret, lidt under Midten. Stärk Dorsalflexion af Föddernc forårsagede Smerter i Läggene.

Urinen indeholdt ikke Äggehvide eller Sukker, men satte et rigeligt Bundfald af Urater. Temp. 38° C.

I Löbet af de närmest påfölgende Dage svandt Ödemet af Ansigtet nästen ganske; Sveden blev ligeledes mindre stärk og hörte op efter en Uges Tid; derimod tiltog Stivheden af Extremiteterne for hver Dag, så at f. Ex. höjre Arm d. $^{21}/_{2}$ kun kunde rettes til en Vinkel på omtr. 120°. Bevägeligheden af Hånden på samme Arm var også indskränket, og en stärk Böjning fremkaldte Smerte i Underarmens Muskulatur. Af venstre Arm var Bevägeligheden noget friere. Bägge Armes Muskler, isär mm. bicipites, föltes hårde og fortykkede og vare ömme for Tryk. Bevägeligheden af Underextremiteterne blev også mindre; en Dag, medens Sängen blev redt, prövede hun at stå op, men det var hende ikke muligt på Grund af strammende og stikkende Smerter i hele Kroppen, men isär på Bagfladen af femora og crura. Hun formåede nu ikke länger at sidde over Ende i Sängen; ved Forsög derpå fik hun Smerter i nates. Tygningen begyndte samtidig også at volde hende Besvär, så hun helst spiste flydende Mad; derimod märkede hun intet Synke- eller Åndedrätsbesvär og var ikke häs. Temp. holdt sig konstant omkr. 38°, i Reglen lidt over om Aftenen og lidt under om Morgenen. Hendes subjektive Befindende blev allerede et Par Dage efter Indläggelsen betydeligt bedre og holdt sig godt under hele Sygdommen, med god Sövn og ganske god Appetit, kun af og til lidt Hovedpine. Åbningen var stadig träg, Underlivet ret naturligt. D. $^{6}/_{3}$ bemärkedes svagt Ödem af bägge Underextremiteter, hvilket i Löbet af et Par Dage tiltog temmelig stärkt. Et Par Dage efter Underextremiteterne begyndte også bägge Arme at blive ödematöse, ligeledes i stärk Grad; disse Ödemer, der forårsagede Pat. en Del strammende Smerter, svandt igen fuldständig efter omtr. 3 Ugers Forlöb. Ved jävnlig foretagne Urinundersögelser fandtes ingen Albumin, men rigelige Urater. D. $^{13}/_{3}$ fik Pat. stärk Diarré, som varede en Uges Tid; Underlivet var noget opdrevet; men hun

havde ingen Smerter i det, og det var ikke ömt. Uden indgribende Behandling blev Åbningen igen naturlig og holdt sig således under Sygdommens videre Forlöb. — Henimod Slutningen af Marts, godt 5 Uger efter Indläggelsen, begyndte Kontrakturerne af Extremiteterne temmelig rask at tabe sig. (Albuerne kunde, da Kontrakturerne vare på Höjdepunktet, rettes ud til omtr. 120°); Munden, som d. $^{20}/_{3}$ kun kunde åbnes til en Afstand af 22 Mm. mellem Tandräkkerne, kunde d. $^{27}/_{3}$ åbnes til en Afstand af 32 Mm. Tygningen voldte ikke länger Besvär. Temp., der stadig havde holdt sig när 38°, blev nu også normal. — D. $^{7}/_{4}$ var hun oppe et Par Timer og befandt sig vel; hun sad den meste Tid, gik kun enkelte Skridt. Natten derefter fik hun pludselig stärke Smerter i venstre Hofte, strålende ned i femur, havde kun Ro i Rygleje, og enhver Bevägelse smertede hende; hun var meget öm for Tryk ind på Hofteleddet. To Dögn efter fik hun ligeledes Smerter i höjre Hofte, der strakte sig op i Lumbalegnen og helt ned i Läggene; samtidig gik Temp. op, så at den endog en Dag nåede 39°. D. $^{17}/_{4}$ (10 Dage efter at hun förste Gang havde väret oppe) var Temp. igen normal, og to Dage efter kunde hun igen sidde over Ende i Sängen uden Smerte og var ikke öm for Tryk over Hofterne. D. $^{26}/_{4}$ kom hun anden Gang op og denne Gang uden at få Tilbagefald. Hun befandt sig nu fuldständig vel med Undtagelse af nogen Vanskelighed ved at gå, og endnu d. $^{15}/_{5}$ kunde hun på Grund af Stramhed i Läggene ikke sätte Fodsålerne helt til Gulvet, men gik stadig på Fodballerne. Ved Udskrivningen d. $^{11}/_{6}$ kunde hun vel gå på hele Fodsålen, men Gangen var endnu noget besväret. — Menses, der för Indläggelsen sidst havde väret tilstede i Slutningen af Jan., udebleve under hele Sygdommen. Udvidelse af Pupillerne iagttoges i Begyndelsen af Sygdommen, og höjre Pupil var tillige mere udvidet end venstre; men de reagerede godt for Lys. Den af WELCKER [1]) foreslåede Undersögelse af Tungens Underflade for mulig gennem Slimhinden at se Trikinkapsler gav intet Resultat.

Terapien var väsentlig symptomatisk: i Begyndelsen milde Afföringsmidler (ol. ricini, clysmata p. nec.), Omslag, lunkne Bade, Fixation af Extremiteterne ved Rullebandager. Desuden gjordes Forsög med Glycerin i store Doser [2]), men uden iagttagelig Virkning.

Med Hensyn til Ätiologien oplystes, at man i Patientens Hjem jävnlig spiser Spegepölse, Skinke og Fläskekarbonade, hvilken sidste man lige så lidt som Fläskesteg plejer at stege helt igennem, da man holdt mest af, at den skulde väre »röd». Samtidig med, at Pigen begyndte at blive syg, fölte Fruen sig også ilde tilpas, havde Spänding af Underlivet, var lidt hävet omkring Öjnene og havde nogen Smerte i Underextremiteterne, isär i Leddene, så hun var bange for, at hun »samlede

---

[1]) Virch. Arch., XXI (1861), S. 453. (Hosp.-Tid. 1861.)

[2]) G. MERKEL: Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd 34. — Centralbl. f. klin. Med. 1885, S. 455.

på en Gigtfeber»; den tredje Person, der havde spist samme Mad, havde derimod intet märket. Dette Forhold synes at yde Bekräftelse på den Formodning om Disposition og Indisposition til Trikinose, som bl. a. omtales af VIRCHOW [1]), i det han siger: at de Personer, der have Tilböjelighed til Diarré, i det hele ere sikrere mod den egentlige Trikininfektion end de, der ere disponerede til Forstoppelse. — Pigen, der jävnlig lider af Forstoppelse, blev mest angreben; den tredje Person, der habituelt lider af Diarré, gik helt fri.

Diagnosen var temmelig let. De vigtigste Symptomer ved Indläggelsen — Ödemet af Ansigtet, navnlig Öjelågene, den over hele Legemet udbredte Muskelömhed samt den ufuldständige Extension og Flexion af Extremiteterne — henledte naturlig Tanken på Trikinose; den stärke Sved, der er et af de mest konstante Symptomer ved denne Sygdom, var også tilstede. Den gradvis tiltagende Kontraktion af Extremiteterne samt den vedblivende stärke Sved kunde ikke andet end bestyrke Diagnosen, som, ved de indträdende stärke Ödemer af både Over- og Underextremiteter, den tilstedevärende Affektion af Tyggemusklerne, den i Begyndelsen subakute Feber med senere normal Temp. og den for Musklernes Vedkommende langvarige Rekonvalescens blev utvivlsom. Fruens samtidige Ildebefindende, der bestod af et Par af de for Trikinose mest ejendommelige Symptomer, er en yderligere og ikke lidet väsentlig Bekräftelse. Af andre ved Trikinose meget hyppigt forekommende Symptomer, som iagttoges ved dette Tilfälde, må fremhäves: Udvidelse af Pupillerne, Urinens rigelige Indhold af Urater, Spänding af Underlivet og Diarré [2]) samt Menostasi. Af hyppige Symptomer, der her savnedes, må anföres: Häshed og pruritus.

Dette Tilfälde må närmest betragtes som et temmelig alvorligt og tillige som et ret typisk Tilfälde af Trikinose, for så vidt man kan tale om typiske Tilfälde af denne Sygdom, der indenfor Rammen af de for den ejendommelige Symptomer tillade så mangfoldige Variationer, hvad der jo ikke er så underligt, når man erindrer, hvor länge Tarmtrikiner kunne

---

[1]) VIRCHOW: Darstellung der Lehre von den Trichinen. Berlin 1864, S. 35.

[2]) KRATZ, der har iagttaget 280 Tilfälde, af hvilke 112 havde Diarré, bemärker, at Symptomerne fra Fordöjelsesapparatets Side ere overordentlig inkonstante så vel med Hensyn til deres Väsen som til Tidspunktet for deres Opträden. (KRATZ: Die Trichinenepidemie zu Hedersleben. Leipzig 1866, S. 70.)

leve og forplante sig [1]). Det förste Kuld af Unger vil således for länge siden kunne have gennemgået alle Stadier og väre fuldt udviklede, inkapslede Muskeltrikiner, inden det sidste Kuld er födt. Foruden den indtagne Mängde af Trikiner vil altså også Varigheden af deres Ophold i Tarmkanalen väre af Vigtighed med Hensyn til Sygdommens Forlöb.

Tilbagefaldet, som Pat. fik efter förste Gang at have väret oppe, må vist nok betragtes som en Episode udenfor den egentlige Sygdom, forårsaget ved Overanstrængelse og Irritation af de efter Invasionen endnu betändte, dybe Lårmuskler. — Som noget särligt ejendommeligt for dette Tilfälde må anföres Patientens karakteristiske Gang på Fodballerne i Rekonvalescensen.

Det er velvilligt blevet meddelt mig, at der ved den Kontrol, som ved Sundhedskommissionens Foranstaltning er iværksat med Pölsefabrikkerne i Köbenhavns närmeste Omegn, i Begyndelsen af Juni d. Å. (1887) er fundet Trikiner i en Svinebesätning på en af Pölsefabrikkerne. En omhyggelig Undersögelse, der ved nävnte Kommission er foranstaltet for mulig at påvise en Forbindelse mellem oven omtalte Families Fläskeforsyning og Svinets Hjemsted, har imidlertid ikke fört til noget.

At Trikinosen ikke så overordentlig själden er iagttagen i Danmark, viser nedenstående Oversigt over alle de Tilfälde, det har väret mig muligt at finde omtalte i den indenlandske Literatur.

Sygdommen findes at have väret iagttaget 8 Gange, med i alt 14 Tilfälde, hvoraf de 2 med dödelig Udgang. Deres kronologiske Orden er fölgende [2]):

1866 — 1	Tilfälde	(Dödsfald) [Dahlerup] Ugeskrift f. Läger, R. 3, Bd 2, S. 361.
1867 — 2	»	[Ring] Ugeskrift f. Läger, R. 3, Bd 5, S. 153.
1868 — 1	»	[Ditlevsen] Ugeskrift f. Läger, R. 3, Bd 5, S. 169.
1871 — 1	»	[Angelo Petersen] Hosp.-Tid. 1872, S. 17.

[1]) Kratz har således ved en Sektion fundet talrige, levende, drägtige Tarmtrikiner i den 11te Uge efter Infektionen. (Kratz: P. a. St., S. 91.)

[2]) Hertil ikke medregnet et af R. Bergh beskrevet Fund af talrige Muskeltrikiner hos en af tetanus död Person (Hospitals-Tidende 1862, S. 204), ej heller et af C. Lange meddelt »Tilfälde af formentlig Trikinesygdom« (Ugeskr. f. Läger, R. 2, Bd 43, S. 42).

1875 — 4 Tilfälde (På Phönixborg ved Kolding — ikke närmere beskrevne). Det kgl. Sundhedskoll. Årsberetn. 1876, S. 524.
1876 — 1 » (I Skinnerup ved Thisted — ikke beskrevet). Det kgl. Sundhedskoll. Årsber. 1877, S. 702.
1877 — 3 » (I Kolding — ikke beskrevne). Medicinalberetn. for Året 1877, S. 147. Kbh. 1884.
1884 — 1 » (Dödsfald) [ANGELO PETERSEN] Hosp.-Tid. 1884, S. 536.

II. Kardiografiska och sfygmografiska studier

(förutskickadt meddelande).

Af

J. G. EDGREN,

Docent i medicin vid Karolinska institutet i Stockholm.

Med 2 träsnitt.

Sedan en längre tid har jag varit sysselsatt med några undersökningar öfver hjärtstöt- och pulskurvan så väl under normala som patologiska förhållanden. Dessa undersökningar, för så vidt de gälla friska personer, föreligga redan sedan någon tid färdiga; men den utförliga publikationen kommer ej att ske förr än undersökningen äfven omfattat en serie patologiska fall. För att emellertid häfda mina undersökningars själfständighet så väl gent emot ett nyligen utkommet arbete af MARTIUS [1]), som delvis berör mitt ämne, som äfven gent emot andra under tiden möjligen utkommande publikationer i samma fråga, vill jag här i största korthet meddela de redan af mig vunna resultaten.

Vid utförandet af mina undersökningar har jag begagnat mig af den MAREYska metoden med lufttransmission, men vidtagit åtskilliga modifikationer, hvilka i det utförliga arbetet skola noggrant beskrifvas. Här vill jag endast anmärka, att kardiografen var så inrättad, att hjärttonerna kunde auskulteras under registreringen och medelst en elektrisk signalapparat markeras under kardiogrammet.

Den normala hjärtstötkurvan växlar till sin form betydligt hos olika personer, men snart lär man sig att urskilja vissa

[1]) MARTIUS: Graphische Untersuchungen über die Herzbewegung. Zeitschrift für klinische Medicin, bd 13, häft. 3 & 4. 1887.

bestämda höjningar och sänkningar, hvilka alltid återkomma. Dessa förändringar hos kurvan kunna ligga på mycket olika afstånd från abscissan. Närstående bild 1 återger en af de vanliga typerna. Under kurvan äro de båda hjärttonerna markerade.

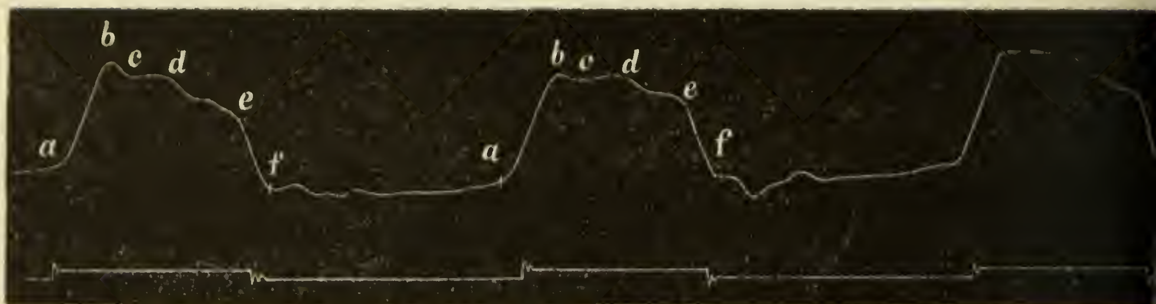


Bild 1. Hjärtstötkurva från frisk ung man. Första hjärttonen är markerad vid *a*, andra vid *f*.

I punkten *a*, där den första hjärttonen höres, börjar kurvans stora stigning, som här fortsättes oafbrutet ända till spetsen *b*. Ofta förekommer dock en liten afsats strax i början, och ibland en dylik afsats nära spetsen; i senare fallet är detta punkten *b*. Från sin högsta spets sjunker kurvan genast ibland obetydligt, ibland högst betydligt. Där sänkningen afbrytes eller förlångsammas, är punkten *c*. Nu kan kurvan antingen svagt höja sig eller bilda en horisontal platå eller fortsätta att sänka sig, ehuru långsammare, till punkten *d*, där ett något hastigare sjunkande vidtager. Slutligen inträder i punkten *e* ett betydligt fall, som nära abscissan afbrytes af en liten afsats *f*, där den andra hjärttonen är markerad. Därefter följer en mindre sänkning, så en spetsig upphöjning, som öfvergår i ett långsamt stigande, hvilket strax före punkten *a* blir i de flesta fall tydligare markerad. I punkten *a* börjar sålunda ventrikelns sammandragning, i punkten *f* slutas semilunarvalvlerna.

För att bestämma dessa punkters läge på pulskurvan och möjligen utleta betydelsen af de mellan *a* och *f* belägna punkterna på hjärtstötkurvan, hafva en mängd försök anstälts, vid hvilka hjärtstöt och puls samtidigt registrerades. Härvid har jag undersökt dels arteria carotis strax bakom underkäksvinkeln, dels art. radialis vid handleden, dels art. femoralis strax nedanom Poupartska bandet. De flesta försöken hafva gält hjärta och carotis. Ett dylikt återgifves af bild 2.

Innan jag öfvergår till en redogörelse för de resultat, som ur bild 2 kunna dragas, vill jag göra ett par anmärkningar. Den första beträffar karotiskurvans form. Kurvan börjar i punkten b_1 med en hastig stigning (b_1-vågen) som mot slutet blir långsammare och i punkten c_1 öfvergår till en antingen

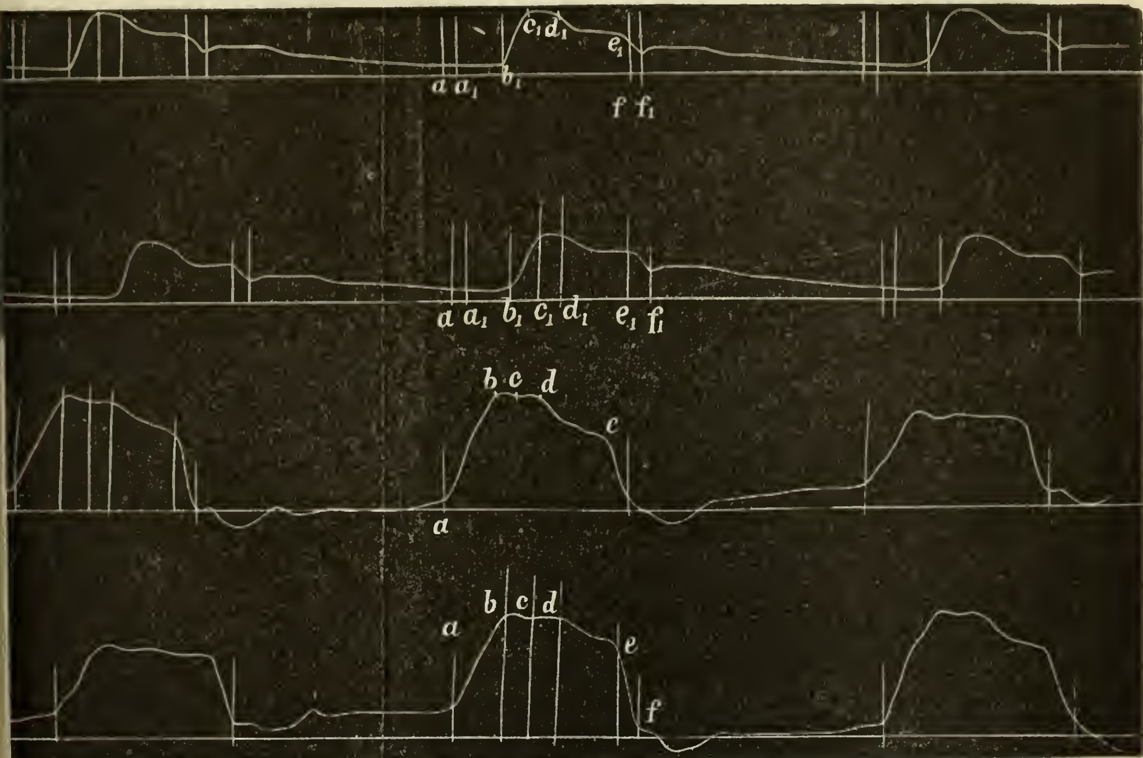


Bild 2. Hjärtstöt- och karotiskurvan samtidigt tecknade från en frisk ung man. Den nedre pulskurvan hör till den nedre hjärtstötkurvan, den öfre pulskurvan till den öfre hjärtstötkurvan.

horisontal eller svagt sluttande platå. Denna afbrytes i punkten d_1 af en hastig sänkning som snart öfvergår i en andra platå, hvilken åter igen i punkten e_1 afbrytes af en snabb sänkning, som fortsätter till punkten f_1, där en andra stigning (f_1-vågen) börjar, hvilken sedan öfvergår i den återstående delen af pulskurvans descensionslinie, som vanligen visar en eller två ytterligare inbuktningar, innan den nya stigningen i b_1 börjar. Den andra anmärkningen gäller pulsvågornas fortplantningshastighet. Denna har blifvit undersökt i de olika artererna, så väl beträffande b_1-vågen som f_1-vågen. Häraf beräknades de respektive fortplantningstiderna från aortavalvlerna till de undersökta

ställena på de respektive artererna. Med kännedom häraf kunde sedan läget för en gifven punkt på hjärtstötkurvan bestämmas på pulskurvan och tvärtom.

Efter dessa förberedande anmärkningar återgår jag till bild 2. Af denna synes, att den från f på hjärtstötkurvan dragna vertikala linien faller ett stycke framom punkten f_1 på pulskurvan. Detta stycke $f\,f_1$ har visat sig vara lika stort som fortplantningstiden för f_1-vågen från hjärtat till karotispunkten. Altså svarar punkten f mot punkten f_1, och detta gäller för alla de undersökta artererna. På samma sätt har det visat sig, att punkten a faller ett stycke framom punkten b_1. Detta stycke $a\,b_1$ är betydligt längre än fortplantningstiden för b_1-vågen från hjärtat till karotispunkten. Afdrages denna fortplantningstid $a\,a_1$, återstår stycket $a_1\,b_1$ som representerar den tid som förflyter från hjärtventrikelns början de sammandragning till det ögonblick, då aortavalvlerna öppna sig. Denna tid har jag kallat pulskurvans latenstid, och denna är hos samma person konstant för de olika artererna och varierar ej mycket hos olika personer under normala förhållanden. Enligt samma metod, som i korthet antyddes vid redogörelsen för punkterna $f\,f_1$, finner man att punkterna b_1 c_1 d_1 e_1 svara mot respektive punkterna b c d e. Betydelsen af punkterna a och f är redan angifven; hvad b_1 och c_1 betyda, ligger i öppen dag; punkten e är tydligen det ögonblick, då ventrikelns förslappning börjar. Punkten d_1 anger pulskurvans första hastiga sänkning. Denna sänkning anser jag bero på ett plötsligt afbrott i blodtillflödet ur hjärtat i det ögonblick, då detta tömt sitt innehåll men fortfarande är kontraheradt.

Med de ofvan meddelade fakta såsom grund synes följande sammanfattning af de vigtigaste fenomenen, hvilka få sitt grafiska uttryck i den samtidigt tecknade hjärtstöt- och pulskurvan, öfverensstämma med verkliga förhållandet. När ventrikeln sammandrager sig stiger trycket i den samma, tils det öfverskrider det på aortavalvlerna hvilande trycket. I samma ögonblick detta sker, öppna sig dessa valvler, och blodmassan kastas in i det arteriela systemet (punkterna $b\,b_1$). Arterväggen utspännes härigenom hastigt, tils i punkten c_1 jämnvigt uppnås. Denna punkt är c på hjärtstötkurvan, där dess första fallande upphör eller minskas. Är tillflödet från ventrikeln och afflödet genom de periferiska kärlen hvarandra lika, blir spetsplatån horisontal, den sjunker något, om tillflödet från

hjärtat är mindre. Slutligen har ventrikeln tömt sitt innehåll, men afflödet fortfar, däraf den hastiga sänkningen af pulskurvan i punkten d_1 men genom kärlens elasticitet utjämnar sig trycket å nyo, däraf den andra platån som slutar vid e_1. I punkten e upphör ventrikelns sammandragning, en mindre blodkvantitet rusar tillbaka till hjärtat, däraf den andra hastiga sänkningen af pulskurvan i e_1; men genom blodets retrograda rörelse utveckla sig semilunarvalvlerna och slå plötsligen igen (punkterna $f f_1$). Härigenom afbrytes plötsligt den återgående rörelsen hos blodmassan, och därigenom uppstår den andra höjningen på pulskurvan — f_1-vågen. Oskillationerna på den återstående delen af descensionslinien äro tydligen sekundära vågor i förhållande till f_1-vågen.

Denna uppfattning öfverensstämmer med GRASHEY's, hvilken vunnits genom undersökningar af en vätskas strömning i elastiska rör.* Genom mina undersökningar hafva faktiska stöd för dess tillämplighet på blodcirkulationen hos den friska människan vunnits.

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från år 1887.

Första kvartalet.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: Carl Fürst: Bidrag till kännedomen om sädeskropparnas struktur och utveckling. — R. S. Bergh: Foreläsninger over den almindelige Udviklingshistorie. — Casper Andersson: Några ord om ett af vilkoren för en första inspiration samt om hufvudets hållning hos det späda barnet.

CARL FÜRST: **Bidrag till kännedomen om sädeskropparnas struktur och utveckling.** Med 4 taflor. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 1.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 8.

R. S. BERG: **Foreläsninger over den almindelige Udviklingshistorie.** Med 75 Bill. i Texten. Udgivet med Understöttelse af Ministeriet for Kirke- og Undervisningsväsenet. Köbenhavn 1887.

Under denne Titel har Forf. udgivet et Arbejde, der närmest kan betegnes som en kort Lärebog i den almindelige Udviklingshistorie, og derved afhjulpet et väsentligt Savn, i det der hidtil ikke, hverken i vor nordiske eller i fremmede Literaturer, findes nogen sådan; de större Håndböger, der findes, ere nemlig enten närmest en Samling monografiske Fremstillinger eller omhandle kun Hvirveldyrene. Forf:s Arbejde giver en samlet Oversigt over de embryologiske Grundprocesser i hele Dyreriget; vi kunne bedst orientere Läseren i dets Indhold ved at give en kort Oversigt over dette.

Det indledes (I) med en Udsigt over Embryologiens Historie, sammenträngt til de allervigtigste Hovedträk. Dernäst gennemgås den Forskel i embryologisk Henseende, som karakteriserer de laveste Dyr (Protozoerne) fra de höjere Dyr (Metazoerne), hvorved tillige Overgangsformer i Udviklingen närmere omtales (II). — I Foreläsning III skildres Spermatozoër og Äg, samt Befrugtningsprocessen i dens almindeligste Hovedfänomener gennem Dyreriget. — Den näste Forelästnings (IV) Genstand er Klövningsprocessen og dens Ändringer hos forskellige Dyr. — Derpå fölger (V) en Redegörelse for Dannelsen af de primäre Kimblade, — og så i de to näste Foreläsninger (VI

og VII) en Fremstilling af vor Kundskab til det mellemste Kimblad og af de hidtil herskende Teorier om dets Udvikling, hvorunder Forf. indträngende fremhäver dels dets fuldständige Mangel hos visse af de laveste Metazoër, dels KLUMENBERGS nyeste Tydning af det som et sekundärt Produkt af de primäre Kimblade, således at det fremtidigt sandsynligvis bör bortfalde som et selvständigt Kimblad.

Foreläsning VIII giver en almindelig Udvikling af Kimbladenes Betydning som de morfologiske Primitivorganer i Modsätning til den hidtil gäldende Opfattelse af dem som histologisk—fysiologiske Primitivorganer, hvorved der så tillige göres Rede for deres Betydning i Retning af Forståelsen af Homologien og Analogien i den sammenlignende Morfologi.

De tre sidste Foreläsninger (IX, X og XI) meddele först de almindelige Principer for den morfologiske Uddannelse med en Vejledning til den rette Värdsättelse af Metamorfoserne i Dyreriget i Modsätning til den direkte Udvikling. Dernäst gennemgås Hovedträkkene af den cykliske Forplantning (Generationsvexel, Heterogoni, Parthenogenese og Pädogenese), og endelig afsluttes Bogen med en almindelig Betragtning over Descendensteoriens Forhold til Embryologien.

Dette Arbejde har — lad det väre fremhävet til Slutning — ikke blot Betydning som Vejleder for Zoologer, der önske at sätte sig ind i Grundträkkene af dets vanskelige og betydningsfulde Ämne, men ikke mindre Betydning for enhver, der dyrker de biologiske Videnskaber, särligt Läger og Veterinärer. *Ditlevsen.*

CASPER ANDERSSON: **Några ord om ett af vilkoren för en första inspiration samt om hufvudets hållning hos det späda barnet.** Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 6.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 8.

Patologisk anatomi och allmän patologi: J. CHRISTMAS-DIRCKINCK-HOLNEELDT: Fagocytose og Immunitet. — J. LUNDGREN: Försök till renodling af rotsmikroben. — C. WALLIS: Fall af aortaförträngning med konsekutiv hjärthypertrofi och bildning af tilltäppande tromb i aorta abdominalis. — BÖCHER: Lingua nigra. — HADERUP: Den historiske Udvikling af Lären om Kävekysterne. — A. MÖLLER: Et Tilfälde af medfödt Deformitet af penis. — STUDSGAARD: Om Makropodi.

J. CHRISTMAS-DIRCKINCK-HOLMFELD: **Fagocytose og Immunitet.** Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 4.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 8.

J: LUNDGREN: **Försök till renodling af rotsmikroben.** Hygiea 1887, sid. 91.

Efter några ord om de kliniska formerna af rots hos hästen meddelas, att LÖFFLER genom noggranna undersökningar om rotsens etiologi

kommit till det resultat, att rotssjukdomen är en rent kontagiös bakteriesjukdom.

Till detta resultat kommer äfven L. genom sina försök. Han har inympat karakteristiska rotstuberkler från hästlunga under huden på kaniner. Dessa dogo 19 dagar efter ympningen. Vid sektion funnos i de flesta organ, små gulhvita svulster, hvilka särskildt i mjälten voro ytterst talrika. I preparat från svulsterna påträffades, ehuru tämligen sparsamt, baciller, lika med de Löfflerska rotsbacillerna, d. v. s. 0,0025—0,0030 m. långa, något tjockare än tuberkelbaciller, färgas fort af alkalisk lösning af metylenblått. — Sedermera ympades kaniner i flere generationer med mjälte från inficierad kanin, hvarvid inkubationstiden nedgick till 11 à 12 dagar. — Renkulturer af mjälte af nyss dödt djur gjordes i rör med köttvatten-pepton-agaragar. De höllos vid + 37° C., och efter 24 timmar började kulturerna växa. De rena kulturerna bestodo af gulgrå, glänsande halfgenomskinliga massor, hvilka i synnerhet utbredde sig på ytan. Bacillerna voro betydligt kortare, än de från svulsterna, och saknade sporer: ändarna afrundade. — Efter flere generationer agar-agar-kulturer gjordes en buljongkultur. Med denna buljong gjordes subkutan injektion på 3 kaniner, hvilka dogo efter 12 dagar och visade samma sektionsfenomen, som de föregående. Äfven från dessa kaniner gjordes renodlingar.

I motsats till Löffler har L. funnit kaniner särdeles mottagliga för rotssjukdomen, i det af 10 ympade kaniner 9 dött.

Gustaf Annell.

C. WALLIS: **Fall af aortaförträngning med konsekutiv hjärthypertrofi och bildning af tilltäppande tromb i aorta abdominalis.** Hygiea 1887, s. 59.

Fallet gäller en 13 års flicka, hvars fader med all sannolikhet var syfilitisk; själf har hon icke företett symptom af syfilis; har i allmänhet varit frisk ända till början af 1886, då hon började hosta och blifva andfådd. Vårdades å Sabbatsberg från d. $^{21}/_{3}$ till $^{10}/_{10}$ 1886 under diagnos: nephritis chron. + hypertrophia cordis. Urinen var klar, ägghvitehalten steg under senare tiden upp till 0,07 %, hjärtdämpningen betydligt förstorad, hjärttonerna rena, lefvern förstorad, ansigtet cyanotiskt, ingen svullnad. — Utskrefs oförbättrad. Strax efter ankomsten till sitt hem, dit pat. *gått* den 20 minuters långa vägen, anföls hon af andtäppa, svår hosta, våldsamma smärtor i buken, hjärtklappning och stor ängslan. Afled följande dag kl. 3 f.m.

Vid obduktionen iakttogs någon vattensvullnad vid fotknölarna, ökadt klart transsudat i peritoneal- och plevra-hålorna. Hjärtat, i synnerhet vänstra kammaren, kollossalt förstoradt, ungefär så stort som en fullvuxen mans hjärta; valvlerna icke förändrade, fullt sufficienta. — Ungefär 1 cm. ofvan semilunarvalvlerna börja höggradiga förändringar särdeles i aorta, men äfven i art. pulmonalis, hvilka förändringar fortsättas i pulmonalis till hilus pulmonum, i aorta till bifurkationen; art. anonyma samt karotiderna äro äfven angripna. — Förändringarna bestå i höggradig förträngning af kärllumen och en

betydlig förtjockning af kärlväggen. *Förträngningen* af aorta tilltager altmer nedåt och når sin högsta grad i aorta abdominalis, hvars inre periferi mäter endast 1,6 cm. I detta trängsta ställe förefinnes en rödgrå, adherent trombmassa, fullständigt utfyllande lumen. *Förtjockningen*, som gäller väggens alla hinnor, men i synnerhet media och adventitia, är starkast i aorta abdominalis, hvars vägg mäter i genomskärning 4 mm. — Mikroskopet visar riklig cellinfiltration i alla 3 hinnorna, i median dessutom bindväfsnybildning. — Lungorna visa hypostas och ödem; lefvern är cyanotisk *med början de amyloid degeneration.* Njurarna cyanotiska, mjälten stor och fast, utan amyloid. — W. anser syfilis såsom den sannolikaste orsaken till den sjukliga förändringen i kärlväggen. Skälen äro dels pat:s ungdom och den *höggradiga* hyperplasin af kärlväggarna, dels och framför alt den början de amyloiddegenerationen, till hvilken hvarje annat etiologiskt moment saknas. *Gustaf Annell.*

BÖCHER: **Lingua nigra.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 221.

Forf. har observeret to Tilfälde af dette Fänomen, bägge Gange hos äldre Koner, som ikke fremböd subjektive Symptomer. Han har fundet små rundagtige lysbrydende Legemer (Sporer?) i den kornede og trådede Belägning på de hypertrofierede Papiller og opfatter Tilstanden som en lokal Affektion af parasitär Oprindelse.

S. Borch.

HADERUP: **Den historiske Udvikling af Lären om Kävekysterne.** Skand. Tidsskr. for Tandläger 1886.

Indholdet angivet ved Titlen; egner sig ikke til at gengives i forkortet Referat. *Jens Schou.*

A. MÖLLER (Ballerup): **Et Tilfälde af medfödt Deformitet af penis.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 15, S. 113.

Pat., en 14 År gammel Dreng, henvendte sig til Forf. på Grund af retentio urinæ, der havde varet i 24 Timer. Tidligere havde han altid, om end af og til med nogen Besvär, kunnet kvittere Urinen, men Urinstrålen havde altid väret meget tynd, af Tykkelse som en Knappenål, og tillige haft en skäv Retning fra höjre til venstre Side.

Vesica fandtes nående omtrent op til umbilicus. Penis noget lille, men ellers tilsyneladende veldannet. Dog viste det sig, at der var ret betydelig phimosis, så at præputium ikke helt kunde kränges tilbage. På den Del af glans, der kunde overses, fandtes ingen orificium urethræ. Pat. kloroformeredes for at foretage Fimosisoperation; under Narkosen afgik flere Gange Urin på den tidligere beskrevne Måde, og samtidig udspändtes Enden af penis under præputium ballonagtig. Efter Spaltning af præputium fandtes fremdeles intet orificium, nedadtil var præputium sammenvoxet med glans. Disse Adhärencer lösdissekeredes, hvorved åbnedes en temmelig tyk Membran, der omgav glans hätteformig også opad, hvor der ikke havde väret Sammenlodning mellem glans og præputium. Den omtalte Membran

lå fuldständig lös omkring glans og gik bagtil ved corona jävnt over i Indsiden af præputium. Den löstes bagtil, og i det den förtes fortil, fandtes den at fortsätte sig rörformig, altså som et indre Overträk (også uden at adhärere til Slimhinden), ind gennem orificium urethræ. Dette sad lidt ned på Undersiden af glans. Hvor langt Membranen fortsatte sig ind i urethra, kunde ikke afgöres, da den sönderreves omtr. 1½ cm. inde i urethra. Den Åbning i Membranen, hvorigennem Urinen tidligere har banet sig Vej, opdagedes ikke under Operationen. Helingen forlöb glat. *Jens Schou.*

STUDSGAARD: **Om Makropodi.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 193.

Forf. meddeler 2 Tilfälde af partiel Makropodi:

1. Dreng, 13 År gammel. Ingen hereditär Disposition. Fra han var ganske lille, have venstre Fods 1ste og 2den Tå väret meget större end de andre Täer, de ere voxede jävnt og genere Gangen ved deres Vägt. Venstre Ben längere end höjre, så at han halter. Der findes foruden en meget betydelig Forlängelse af de nävnte Täer også betydelig Svulst af disse tillige med den indre Halvdel af Foden foran Talo-navikulär-leddet. Svulsten puklet, af lipomatös Konsistens. De övrige Täer naturlige, Huden normal. Ingen Sensibilitetsforstyrrelser. Han kan beväge alle Täer; men 1ste og 2den holdes dorsalflekterede og kunne ikke extenderes fuldständig. 2den Tås 2den og 3dje phalanx ere ankyloserede og 3dje roteret, så at Neglen vender mod hallux. De tilsvarende ossa metatarsi forlängede, ossa cuneiformia og naviculare forstörrede. Crus 2 Cm. längere end på den sunde Side. Deformiteteten er afbildet i Originalafhandlingen, hvor der også findes en Räkke Mål af Deformitetens Störrelse.

Ved Ovalärsnit med Spidsen i Egnen af Indsiden af os naviculare exstirperedes os naviculare, cuneiforme I & II tillige med de afficerede Täer. Der fandtes så vel begränset som diffus Lipomdannelse, både subkutant og om tendines. Ankylose af os cuneiforme I & II, ligeledes af 2den Tås Falanger. Ledbruskene fortyndede, deformerende arthroitis med Hyperostoser. Arterier og Nerver normale. Veneväggene fortykkede.

2. Mand. Venstre Fod dannede en uformelig, af Lipomer puklet Klump, på hvis Indside fortil den med Negl forsynede 2den Halluxfalanx ragede frem i så stärk Hyperextension, at Underfladen vendte opad. Komplet Syndaktyli af 2den, 3dje og til Dels 4de Tå; 5te Tå normal. *Jens Schou.*

Speciel patologi och terapi: K. Pontoppidan: 14 Tilfälde af tumor cerebri. — John Berg och Wising: Fall af tumör i hjärnan med tillfällig förbättring efter försökt exstirpation af svulsten. — Ragnar Bruzelius: Om multipel nevrit. — Frænkel: Hypnotismens Anvendelse i Terapien. — J. G. Edgren: Om den primära, progressiva myopatin, dess scapulo-humerala typ jämte en öfversigt af beslägtade kliniska former. — I. Carlsen: Fölger af at lege med Hypnotismen. — E. V. Pallin: Några ord om s. k. psevdo-reumatism till följd af öfveransträngning. — Salicath: Diabetes mellitus, behandlet med Löbepräparater. — Budde: Diabetes mellitus, behandlet med Löbepräparater. — V. Uchermann: Om Svälgdifterit och dens Behandling. — Jürgensen: Om nervöse Mavesygdomme; forskellige Former af disse; og om nyere Metoder i Mavesygdommenes Diagnostik. — A. Wallin: Fall af ileus. — Sell: Om Symptomerne hos en Syg med omtrent 10 Dages Anuri. — E. Hansen-Grut: Korrespondance. — Sell: Korrespondance. — Budde: Korrespondance. — Budde: Nogle Bemärkninger om Urämiens Patogenese. — S. Lovén och C. Wallis: Fall af tuberkulos i urinvägarna. — F. W. Warfvinge: Ett fall af myxœdema.

K. PONTOPPIDAN: **14 Tilfälde af tumor cerebri.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 81, 110.

Forf. meddeler ret udförligt Sygehistorie og Sektionsfund for 14 Tilfälde af tumores cerebri; de 11 Sektioner har han selv foretaget, og, så vidt vides, har han selv iagttaget Patienterne i levende Live. Tilfäldene ere (efter Forf:s eget Resumé i Overskrifterne) fölgende:

1) Carcinoma hemisphærii sin. (Sukcessivt udviklet höjresidig Hemiplegi af kortikal Oprindelse og ledsaget af kortikal Epilepsi, men kombineret med perifer, atrofisk Paralyse af höjre Overextremitet, frembragt ved Kompression af plexus axillaris.) Svulsten havde sit Hovedsäde i Medullärsubstansen, men trängte frem til Overfladen mellem de to gyri centrales; i hvilken Höjde, meddeles ikke.

2) Tumor subst. medullaris hemisph. dextri c. degeneratione cystica. (Hemiparese.) Hernianästesi på venstre Side, antagelig ved Läsion af »den sensitive Korsvej».

3) Gliosarcoma corporis callosi et hemisphærii sin. (Höjresidig Hemiparese, monospasmus brachialis og Monokontraktur. Terminale Temperaturstigninger.) Patienten havde lidt af epileptiforme, nästen daglige Anfald i $\frac{3}{4}$ År.

4) Tumor thalami optici. (Udelukkende generelle Symptomer [Slövhed, Hovedpine, Svimmelhed og Opkastninger]). Svulstens Störrelse omtales ikke.

5) Tumor corporis striati, imprimis nuclei lentis sin. (Höjresidig Hemiplegi med ulige Affektion af Arm og Ben [Armen fuldständigt, Benet ufuldständigt paralytisk]).

6) Tumor lobi temporalis sin. (Diffuse, men ingen lokale Symptomer, navnlig ingen motoriske Forstyrrelser.)

7) Tertiär Syfilis. Tumor gummosus (?) duræ matris & lobi temporalis dext. Pachymeningitis int. hæmorr. (Delirier, sopor, terminale og postmortelle Temperaturstigninger.)

8) Tumor glandulæ pinealis, sekundär hydrops ventriculorum (Tvangsbevägelser). Tilfäldet er tidligere meddelt i Neurologisches Centralblatt.

9) Carcinoma cerebelli. (Dementia, cerebellar Ataxi.)

10) Tumor baseos cranii (fossæ med. cranii, regionis infratemporalis, fossæ sphenomaxillaris & orbitæ). (Anästesi, Parästesi af trigeminus, Paralyse af v. abducens, oculomotorius og facialis, neuritis optica med Udgang i Atrofi. Ophthalmia neuroparalytica. Trigeminuslidelse forbunden med Chordaläsion og ensidige nevrotrofiske Forandringer af Näsens, Tungens og Tandködets Slimhinde.)

11) Aneurisma arteriæ basilaris. Paralysis nervi abducentis sin. og facialis dext. Hæmorrhagia meningealis e ruptura aneurismatis.

12) Tuberculosis cerebri. (Store, gule, spredte Hjärnetuberkler. Slövhed, Bräkninger, neuritis optica.)

13) Multiple Hjärnesarkomer i lobus frontalis og pons Varoli. (Udelukkende generelle Symptomer.)

14) Syfilis. Gliomata lobi frontalis et corporis striati, encephalitis superficialis diffusa (Slövhed med stupor og Forvirring).

Friedenreich.

JOHN BERG och WISING: **Fall af tumör i hjärnan med tillfällig förbättring efter försökt exstirpation af svulsten.** Svenska läkaresällsk. förhandl. 1887, s. 15.

En 52-årig man hade någon dag i slutet af maj 1886 plötsligt fått ryckningar i högra tårna och högra foten. Ryckningarna gingo hastigt öfver, men därefter kände han i högra benet en domning, hvilken sedan kvarstått. Efter några dagar ett nytt dylikt anfall; d. 2 juni ett svårare anfall af ryckningar i hela högra sidan, medvetandet förlorades och härunder skall han hafva haft allmän kramp. Följande dagen upprepade anfall af krampryckningar i högra sidan af bålen och i högra benet; d. 14 juli ett dylikt anfall med förlust af medvetandet, efter denna dag några gånger kramp äfven i högra armen. Vid en flyktigare undersökning d. 20 juli befans pat. vara betydligt paretisk i högra benet och kunde med svårighet gå med käpp, högra armen ej svag, i öfrigt inga förlamningar eller förändringar i sensibiliteten. Sedan sjukdomens början hufvudvärk, som stundom varit ganska svår. Inkom på Serafimerlasarettet d. 26 juli; dagarna förut flere anfall af kramp i högra sidan. Vid inkomsten högra handen och armen fullständigt paralyserade, äfven högra benet nästan fullständigt lamt. Under närmaste tiden upprepade anfall af ryckningar i högra sidan; d. $^{1}/_{8}$ börjande pares af högra nervus facialis; d. $^{2}/_{8}$ intelligensen nu något slö och minnet försvagadt, talet svårt, synförmågan ej rubbad, börjande »stauungspapill» på vänstra ögat, tungan devierar något åt höger, 10—12 gånger på dygnet muskelryckningar i högra armen, i högra sidan af bålen och i högra benet, vid svårare anfall medvetandet något omtöcknadt, fullständig högersidig hemiplegi, sensibiliteten normal. D. $^{9}/_{8}$ tydlig »stauungspapill» på vänstra ögat; d. $^{25}/_{8}$ tydlig förbättring af rörligheten i högra armen och benet; d. $^{26}/_{9}$ pat. i hög grad apatisk, måste matas; försämrades nu alt mera, öfverflyt-

tades på kirurgiska afdelningen d. $^{3}/_{10}$, där han samma dag opererades, hvarvid en del af en tumör aflägsnades ur vänstra hjärnhalfvan. Redan samma dag på aftonen var han förbättrad, kunde uppfatta frågor; d. $^{4}/_{10}$ kunde han säga »ja» och »nej» och något röra högra benet; försämrades åter igen d. $^{6}/_{10}$, men blef d. $^{10}/_{10}$ å nyo bättre och förbättringen fortgick ganska raskt beträffande talet och högra armen, dock förekommo ryckningar under den följande tiden upprepade gånger. D. $^{8}/_{12}$ inträdde försämring, pat. blef slö, talade sämre, urinen gick i sängen; d. $^{24}/_{12}$ soporöst tillstånd, d. $^{26}/_{12}$ afled patienten. — Vid obduktionen syntes den vänstra sulcus centralis 3 cm. från dess nedre ända plötsligt vidgas af en uppskjutande svulstmassa, som sprängde isär centralgyri och sträckte sig i riktningen framifrån bakåt 5 cm. samt fortsatte sig uppåt öfver hemisferens öfre rand ned på dess mediala yta, på djupet till taket af sidoventrikeln. Svulsten öfvergick i allmänhet diffust i den omgifvande hjärnmassan. Vid mikroskopisk undersökning befans svulsten vara ett gliosarkom.

Wisings epikris innehåller en ytterst noggran redogörelse för fallet och referat af liknande. *Edgren.*

RAGNAR BRUZELIUS: **Om multipel nevrit.** Nord. med. ark., bd 19, n:r 3.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 8.

FRÆNKEL: **Hypnotismens Anvendelse i Terapien.** Ugeskrift f. Läger, R. 4, Bd 15, S. 245.

Väsentligt et Referat af Voisins terapevtiske Forsög på sindssyge, som Forf. i et og alt tager for gode Varer.

Dog omtales også enkelte andre terapevtiske Forsög, og der meddeles en lille Sygehistorie, som skyldes Dr Hytten i Nästved. Det var en 12-årig Pige, som gik meget dårligt, i det hun ikke kunde beväge Hofteleddene mere end omtr. 15 Grader frem og tilbage (hysterisk Kontraktur). Armene vare afficerede på en temmelig lignende Måde. Hun var tillige bleven slöv og sär. Sygdommen havde, trods Behandling, varet i 10 Måneder. Forf. hypnotiserede hende og kommanderede hende under Hypnosen til at udföre Bevägelserne, som hun ellers ikke kunde, og Barnet gik nästen helbredet bort. Helbredelsen fuldendtes ved nogle Marchövelser uden Hypnose.

Friedenreich.

J. G. EDGREN: **Om den primära, progressiva myopatin, dess scapulohumerala typ jämte en öfversigt af beslägtade kliniska former.** Med 4 taflor. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 5.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, bd 19, n:r 8.

I. CARLSEN: **Fölger af at lege med Hypnotismen.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd. 15, S. 90.

Forf. har haft Lejlighed til at iagttage et Tilfälde, hvor den for Tiden moderne Hypnotiseren for Löjet medförte alvorlig Ulämpe. En

ung Mand blev hypnotiseret af sin Svoger, der havde set Hansens Forestilling. 1ste Gang gik alt godt, 2den Gang vilde det ikke lykkes at få ham väkket. Han vedblev at väre underlig, som en Avtomat; på Hjemvejen fra Svogerens Bolig blev han urolig, truede ad de forbigående og bar sig i det hele ganske forstyrret ad. Om Natten sov han godt; men endnu näste Morgen udförte han alt på en åndsfraværende, avtomatisk Måde, og kun når Svogeren böd det. Han klagede over Hovedpine, kunde ikke besvare alle Spörgsmål, kendte nok sine Närmeste, men syntes for Resten at have tabt Hukommelsen og var i det hele ikke normal. Forf. blev hentet; men inden han kom, var Pat. bleven väkket af Svogeren ved et kraftigt »Vågn»! Han troede da endnu at befinde sig i samme Selskab som den foregående Aften, og han havde ingen Anelse om, hvad der var passeret i Mellemtiden. *Friedenreich.*

E. V. PALLIN: **Några ord om s. k. psevdo-reumatism till följd af öfveransträngning.** Eira 1887, sid. 33.

Förf. omtalar 3 fall, hvilka alla förетedde den vanliga bilden af akut ledgångsreumatism (svullna och ömma ledgångar, feber, i ett fall ett lindrigt blåsljud vid första hjärttonen) men utan att det ringaste påverkas af ganska höga doser salicylsyradt natron. Först genom massage på ledgångarna samt roborerande invärtes behandling blefvo de återstälda. Så väl på grund af behandlingen som i anledning af det etiologiska momentet, öfveransträngning, som förefans i alla 3 fallen, anser författaren dessa sjukdomsfall ej tillhöra den vanliga akuta ledgångsreumatismen. *Edgren.*

SALICATH: **Diabetes mellitus, behandlet med Löbepräparater.**

BUDDE: **Diabetes mellitus, behandlet med Löbepräparater.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd. 15, S. 269.

Salicath går ud fra det factum, at Löbefermentet omdanner Druesukker til Mälkesyre, og har derfor forsögt at give Ostelöbe (40 Dråber eller ½ Pastil) til en Diabetiker. Denne havde vist en Sukkerudskillelse af 1½—2 % og kunde tidligere kun ved absolut äggehvideholdig Diät holdes på et ikke sukkerudskillende Standpunkt. Efter Anvendelsen af Ostelöbe i nävnte Dosis efter hvert Måltid har han kunnet nyde begränsede Mängder Bröd, uden at der kom Sukker i Urinen.

Budde diskuterer Sagen teoretisk og anbefaler fornyede Forsög. *F. Levison.*

V. UCHERMANN: **Om Svälgdifterit og dens Behandling.** (Foredrag på det 13de Naturforskermöde i Kristiania 1886). Norsk Mag. f. Läger, 1887, S. 86.

Forf. fremhäver Vigtigheden af at komme på det klare med, om Difterit er en Almensygdom med sekundäre Lokalfänomener eller en Lokalsygdom med sekundäre Almenfänomener. Allerede à priori må det sidste synes rimeligt, og ingen nägter, at det af og til händer. Han gennemgår de af de »konstitutionelle», spec. Jacobi, fremförte »Beviser» for den förste Anskuelse og finder ikke noget af dem bevi-

sende. For en lokal Begyndelse taler derimod bestemt: 1) De Tilfälde, hvor Läger er smittede ved Udsugning af Trakealrör. 2) Smitte gennem Hudsår *uden* Affection af Farynx eller Larynx. 3) Hvis Lungen var det primäre focus måtte derved fremkaldes heftig lokal Betändelse med påviselige fysikaliske Fänomener. 4) Hvis Smittestoffet optoges gennem Tarmkanalen måtte man her vänte at finde difteritiske foci. 5) Ved Difterit hos Kalven er det bevist, at de förste Forandringer opstår der, hvor Giften tränger ind. 6) Det samme er ved LÖFFLERS Undersögelser blevet sandsynligt for Menneskets Vedkommende. Han finder nemlig Bacillerne kun i disse foci, ikke i de indre Organer. 7) Forfatterens egne Undersögelser, hvorved en lokal, antiseptisk Behandling af Halsbelägget, forsåvidt det kan udsträkkes til *hele* den angrebne Flade, bevirker et Nedfald af Temperaturen (målt 1 Time efter) af op til 1° C. Dette taler også for, at det ikke er Bacillen som sådan men den derved dannede septiske Gift, som fremkalder Forgiftningsfänomenerne.

Forfatteren gennemgår derefter de LÖFFLERske mikroskopiske Undersögelser, som bestyrker den Opfatning, at Sygdomsgiften udvikler sig i det lokale focus og derfra udbreder sig indad og udad. Difteriten bör derfor pointeres som den lokale Sygdom, hvis Almenfänomener vistnok er af Vigtighed men for Terapien väsentlig i Forhold til, i hvilken Grad vi kan uskadeliggöre det oprindelige focus. Med Hensyn til Forholdet til Krup fastholdes, at dette Navn som Sygdomsbegreb sui generis bör sleffes og kun betegne de ved en akut Larynxstenose fremkaldte fysikalske Fänomener. Han foreslår fölgende Inddeling: 1) Laryngitis fibrinosa sui generis (fremkaldt ved hede Dampe, Ammoniak etc.). 2) Laryngitis fibrinosa difteritica. 3) Laryngitis katarrhalis (istedetfor Psevdokrup).

Forfatteren fremholder derefter, at en konsekvent, rationel Behandling må väre lokal, antiseptisk. Det antiseptiske Stof må anbringes over hele den angrebne Flade, i *Tonsillens Lakuner* og mellem Tonsillerne og Ganebuerne. Det anvendte Stof må derfor väre *flydende* og helst noget kläbrigt. Man må endvidere dertil benytte *Vatpensler*, som lader sig forme og böje. Dertil benytter han särskilte Vatholdere (Tegn.). Som Vädske har han benyttet 20 Proc. Karbolglycerin tilsat 10 Proc. Jod (ROTHES Präparat) og Sublimatglycerin (fra 2 Proc. til 1 pro mille). Penslingen foretages 1 G. daglig. Desuden gives Mixtura acida eller en *svag* Kloras-kalicusoplösn. (ikke over $2\frac{1}{2}$ Proc., for Småbörn 1—$\frac{1}{2}$ Proc.). Store Tonsiller fordre Tonsillotomi. Undertiden vil ved genstridige Börn Kloroformnarkose de Par förste Gange väre indiceret. Ved begyndende Cyanose Trakeotomi. — Til Slutning 28 Sygehistorier. *Uchermann.*

JÜRGENSEN: **Om nervöse Mavesygdomme, forskellige Former af disse, og om nyere Metoder i Mavesygdommenes Diagnostik.** Hosp.-Tid., R. 3, Bd 5, S. 294, 316, 348, 364.

Forf. giver en Fremstilling af de forskellige Former af nervöse Mavesygdomme, väsentlig på Grundlag af de i Tyskland i de sidste 10 År fremkomne Arbejder.

Han opstiller som karakteristisk for den nervöse Mavelidelse de dyspeptiske Symptomers Lunefuldhed og Uafhängighed af udenfra kommende Årsager, end videre Påvisning af, at Maven og Fordöjelsesorganernes Tilstand og Funktion er normal, for så vidt som en sådan Påvisning er mulig. Også de ätiologiske Forhold og den instituerede Behandlings Resultat kan give Vink; endelig er det ikke själdent at finde puncta dolorosa.

De dyspeptiske Anfald komme ved nervös Mavelidelse lige så vel ved tom som ved fuld Mave, fremkaldes snarest ved åndelig Ansträngelse eller deprimererende Indtryk; i mange Tilfälde påvirkes Ernäringen kun i ringe Grad trods Bräkninger o. s. v. Nervös Mavesygdom findes hyppigt hos Neurasthenikere, Hysteriske, Anämiske.

De smertefulde Punkter skulle findes i Egnen af 4—5 Ländehvirvel samt mindre udtalt ved plexus coeliacus og aorticus.

Medens Endoskopien af Maven ikke har givet pålidelige Resultater med Hensyn til de finere Forandringer i denne, lägger Forf. särlig Vägt på Undersögelse af Maveindholdet, som hentes gennem Mavesonde og undersöges med forskellige Reagenser (Metylviolet, Järnkloridkarbol, Kongorödt o. s. v.) samt pröves med Hensyn til dens fordöjende Ävne lige over for hårdkogt Äggehvide.

Forf. går närmere ind på en särlig Form af nervös Mavesygdom, den nervöse Gastroxynsis (*γαστηϱ* Mave — *οξύς* sur), en Sygdom, der karakteriseres ved at opträde i Anfald på 1—3 Dages Varighed hos nervöse Individer og föles som Hovedpine, Kvalme, Fornemmelse af Mavesyre, Bräkning af meget sur Vädske, som indeholder rigelig Mängde Saltsyre; efter Bräkningen hörer i Almindelighed Anfaldet op.

Forf. har iagttaget en sådan Patient, hvis Anfald kom med 14 Dage til 3 Ugers Mellemrum og viste sig ved Kvalme, Tunghed i Hovedet, Hovedpine, Svien i Maveegnen, Lyssky, Smerte i Öjeäblet, Bräkninger 2 til flere Gange. Anfaldene vare som oftest kun et Dögn og efterfölges af Velbefindende, synes navnlig at foranlediges ved Sindsbevägelse. Af og til indträffe også rudimentäre Anfald. Hovedpinen o. s. v. nå ikke den sädvanlige Höjde, der kommer kun en enkelt Opkastning. Forf. fandt ved Undersögelse af Maveindholdet efter en Bräkning, at dette var stärkt surt (beregnet 0,26 % HCl).

Behandlingen er efter J. väsentlig diätetisk. Kosten må väre tilsträkkelig og varieret, mest bestå af Planteföde. Af Medikamenter anbefales Bromsaltene; men särlig tilrådes hydroterapevtisk, gymnastisk og klimatisk Behandling. Badekure have ikke nogen heldig Indflydelse.

F. Levison.

A. WALLIN: **Fall af ileus.** Hygiea 1887, sid. 772.

Patienten var en 50 år gammal arbetare och intogs på sjukhuset i Vadstena den 15 aug. 1885. Han hade ej på 4 dagar haft någon öppning. Hade då fått ricinolja och ett stort vattenlavement. Kräkningar tillstötte d. 15:de. Buken var då uppdrifven af gas, ej mycket öm, matt ton i högra hypogastrium, där det kändes en korfformig men mjuk svulst. I öfrigt tympanitisk ton. Ingen feber. Frisk ricinolja med crotonolja, morfininsprutningar och stora vattenlavementer, men

utan verkan. Den 17:de uttömdes med maghäfverten stora massor tunn, fekalluktande vätska, dagen därpå förnyades sköljningen och d. 19 instälde sig öppningar. Härefter gick alt väl. *Rossander.*

SELL: **Om Symptomerne hos en syg med omtrent 10 Dages Anuri.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 9.

E. HANSEN-GRUT: **Korrespondance.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 72.

SELL meddeler en Sygehistorie om en 72-årig Gårdmandskone, der led af cancer uteri, vaginæ et vesicæ med Kommunikation mellem vesica og vagina, og hos hvem der i 10 Dage kun skal väre afgået 50 Gram Urin, uden at der optrådte Symptomer på Urämi. Kateterisation var forgäves — på 10de Dag atter rigelig Sekretion. Urinen ikke undersögt.

HANSEN-GRUT påviser, at Meddelelsen er så ufuldständig, at den ikke kan göres til Udgangspunkt for videre Slutninger.

F. Levison.

SELL: **Korrespondance.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 96.

BUDDE: **Korrespondance.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 98.

Polemik om det af SELL refererede Tilfälde af Anuri.

F. Levison.

BUDDE: **Nogle Bemärkninger om Urämiens Patogenese.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 29.

Betragtninger over Urämiens Patogenese, som väsentlig ere Uddrag af en tidligere Afhandling af samme Forfatter. *F. Levison.*

S. LOVÉN och WALLIS: **Fall af tuberkulos i urinvägarna.** Sv. Läkaresällsk. förhandl. 1887, sid. 3.

En 32-årig, nygift fru hade i april 1883 mässling, sedan dess symptom af blåskatarr, i början af år 1884 symptom af pyelit, betydlig afmagring, under sommaren 1884 förbättring. Pat. kom i febr. 1885 i grosess, under hvilken symptomen från blåsan ökades. D. $^{13}/_{11}$ normal förlossning, sedermera allmän förbättring. I början af 1886 återigen försämring, afmagring, feber, smärta i högra sidan af buken, högra njuren stor, rörlig, afmagringen fortskred, kraftlösheten tilltog, och pat. afled d. $^{2}/_{10}$ 1886. — Vid obduktionen fans på båda sidor utvidgning af njurbäckenet, pyramiderna atrofiska, ostigt sönderfallande, och omkring sönderfallszonen talrika miliära tuberkler. Uretererna utvidgade med förtjockade väggar och tuberkler i slemhinnan; mynningarna till blåsan förträngda och slemhinnan här sönderfallande med tuberkler. I blåsans slemhinna vidsträckt tuberkulös sårbildning. W. ansåg tuberkulosen i urinvägarna vara primär och lungorna icke ens sekundärt afficierade. *Edgren.*

F. W. WARFVINGE: **Ett fall af myxödem.** Hygiea 1887, sid. 85.

En 19-årig snickarelärling af frisk slägt och utan anmärkningsvärda föregående sjukdomar visade vid slutet af jan. 1886 en märkbar

förändring i sitt hälsotillstånd. Han har alltid varit fetlagd och till sitt lynne stillsam, på sista tiden har han dagligen druckit 4 halfbuteljer öl och möjligen ej så obetydligt bränvin. Vid ofvan nämnda tidpunkt blef han lätt trött och öm i benen vid gående samt hade en snart öfvergående diplopi. Vidare tycktes minnet börja slappas, svullnad inträdde i benen och den öfriga kroppen, hvarjämte kropps- och själskrafterna aftogo så småningom. Han låg slö och likgiltig, hade svårighet att hålla urinen, som dock var normal. — Vid inkomsten på Sabbatsbergs sjukhus d. $^{31}/_{3}$ 86 var ansigtet stelt, uttryckslöst, uppsväldt och trindt, hela kroppen svullen utan egentligt ödem (endast på benen kvarstod mycket kort tid en grop efter fingertryck). Huden öfveralt infiltrerad, förtjockad, torr, smutsigt gråaktig; lindrig cyanos å kinder och läppar; ej ett spår af glandula thyreoidea kunde upptäckas. Pat. var likgiltig för alt omkring honom, minnet dåligt, tankegången långsam, svaren dröjande; sensibiliteten oförändrad, aptit och sömn goda, afföring ordentlig, urinen normal (i början något minskad till mängd), temperaturen fysiologisk. Behandlingen var under hela tiden på sjukhuset varma bad och liquor. arseniit kal., 4 gånger dagligen. En småningom fortgående förbättring inträdde snart, såväl kropps- som själskrafterna ökades. Vid utskrifningen var visserligen gången ännu något klumpig, men utseendet var friskt och intelligensen lika god som före insjuknandet. *Edgren.*

Kirurgi och oftalmiatrik: J. Widmark: Ytterligare några iakttagelser rörande dakryocystit och dess komplikationer. — A. Linde: Om Anvendelsen af cauterium actuale ved destruktive Cornealidelser. — Viktor Lange: Nogle Bemärkninger om Operationer af Koanalpolyper. — I. Hjort: Empyem i Näsens övre Bihuler. — Alfred Svensson: Hydromeningocele frontalis. — I. Svensson: Om operation för blåsesten. — G. Bolling: Bidrag til den plastiska kirurgin. — Detlefsen: Nogle Operationer. — Alfred Svensson: Fall af spontan brand i hela högra benet. Exartikulation i höftleden. — Tscherning: Om Fjärnelse af Benmarven som primär Behandling for den akute infektiöse osteomyelitis. — Axel Iversen: Resultaterne af Sublimat-Träuldforbindingen (Pudeforbindingen) på Kommunehospitalets 5te Afdeling. — Jacques Borelius: Fall af utbredd kancer — cancer en cuirasse — uppkommen efter trauma. — G. Bolling: Om operationssår utan drainagerör.

J. WIDMARK: **Ytterligare några iakttagelser rörande dakryocystit och dess komplikationer.** Hygiea 1887, sid. 94.

Såsom en fortsättning af tidigare arbeten i ämnet meddelar förf., att han undersökt 3 nya fall af ulcus serpens corneæ och däri funnit endast staphylococcus albus, i ett fall blandad med staph. aureus. Dessa båda har han ock funnit i sekretet vid akuta dakryocystiter och blefaroadeniter, i ett fall af de förra äfven streptococcus pyogenes. Verkliga gonokokker har han ej iakttagit därvid, lika litet som i van-

liga dakryocystiter. Också träffas denna senare ytterligt sällan såsom komplikation till den purulenta oftalmin. Förf. har inympat stafylokokkerna på kaniners conjunctiva, utan att åstadkomma någon purulent oftalmi, men däremot vid ympningar i cornea konstant framkallat keratiter af argaste slag. Streptococcus medför en mera insidiös, men nära lika elakartad infektion. I corneas midt utförda inympningar visade ett svårare förlopp än de i periferin. Ett ulcus serpens hos människan har vanligen ett ändå svårare förlopp än dessa artificiela inflammationer, hvilket troligen beror därpå, att till människokornean i dessa fall nya infektionsämnen tillföras från tårvägarna. Hos kaniner hafva reinokulationer visat sig lika deletära som den första, så att om en förvärfvad immunitet ej kan bli tal. Vid blefaradeniter har han likaledes endast funnit stafylokokker, hvad orsak än må ha legat till grund för åkomman. *Rossander.*

A. LINDE: **Om Anvendelsen af cauterium actuale ved destruktive Cornealidelser.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 15, S. 121.

Efter en lille historisk Indledning fremhäver Forf., at cauter. act. er det bedste desinficiens ved infektiöse Processer i cornea. Galvanokavteriet er langt bedre end de tidligere mangelfulde Instrumenter; men Bränderen må ikke väre for fin. Når Bränderens Spids således dannes af en fin Platinslynge, er dette ikke så heldigt; Forf. vil foreträkke en solid krum Bränder, lidt spinklere end en Skelehage.

Efter Inddrypning 1 à 2 Gange af en 2 % Kokainoplösning stiller Operatören sig bag Pat., der sidder med Ansigtet mod Lyset. Öjelågene holdes fra hinanden, og Bulbus fixeres med v. Hånds 2den og 3dje Finger. Såret kavteriseres i hele sin Udsträkning. Der behöves altså ingen Assistance, ingen Fixationspincet eller elevatorium (små Börn undtagne naturligvis, der må kloroformeres).

Reaktionen efter Operationen er ringe. I Reglen gå forud tilstedevärende Smerter snart over. Den tynde grålige eschara afstödes snart, Såret bliver rént, og hypopyon svinder. Själdent behöver Kavterisationen at gentages.

»Skulde man ved et Uheld, f. Ex. en Bevägelse fra Pat:s Side, komme til at anbringe den glödende Spids på et ikke tilsigtet Sted, skal Ulykken ikke väre stor; der vil efter NIEDENS Mening näppe danne sig nogen blivende Plet.»

Forf. har ikke oplevet nogen phthisis bulbi eller fuldständig Destruktion af cornea i Tilfälde, hvor han har kavteriseret, og har heller ikke sét sådant berette. Han har anvendt Kavterisationen mod Ulcerationer af forskellig Art, men navnlig mod ulcus corn. serpens. Udmärket Resultat deraf så han i et Tilfälde af randstående, bueformet, med Perforation truende ulcus. End videre nogle Gange med Held mod små Kalazier og Kyster på Öjelågsranden. *J. Bjerrum.*

VIKTOR LANGE: **Nogle Bemärkninger om Operationer af Koanalpolyper.** Ugeskr. f. Läger, R. 4, Bd 15, S. 1.

Begrebet Koanalpolyp er kun et klinisk, hvormed Forfatteren betegner enhver Polyp, der findes i choanæ og sträkker sig herfra ind

i Näsesvälgrummet. En Bortfjärnelse af disse Svulster kan väre overordentlig vanskelig, og Forsög med Slyngesnörer og Tänger mislykkes undertiden. Forf. foreslår derfor en ny Operationsmetode, som han flere Gange i sväre Tilfälde har anvendt med Held.

Metoden består i Indförelsen af en Polyphage gennem Näsen. Denne Polyphage er en i Spidsen krogformet, böjet Metalstav. Instrumentet bliver indfört i Näsen med Hagens Spids nedadvendt og skubbet bagtil samtidig med, at den venstre Pegefinger, der introduceres i Näsesvälgrummet fra Munden, kontrollerer Polypens Leje og Hagens Bevägelser. Ved Udadrotation af Polyphagen fiskes Polypens Stilk, og Polypen lösrives. Instrumentets Brugbarhed illustreres af 4 Tilfälde. I CAMILLUS NYROPS kirurgiske Etablissement i Köbenhavn kan Instrumentet fås. *E. Schmiegelow.*

I. HJORT: **Empyem i Näsens övre Bihuler.** Klinisk Årbog III, 1887.

Forf. har iagttaget 7 Tilfälder af dels akut, dels kronisk purulent Ansamling i Näsens övre Bihuler, hvilke, sammen med de 3 af Dr. BORTHEN i Medicinsk Revue, Martshefte 1886, meddelte, giver 10 Observationer i Löbet af de sidste 10 År, og Forf. mener derfor, at disse Affektioner ikke er så själdne, som hidtil antaget. De 7 Kasus meddeles i Korthed, hvoraf Lidelsens Symptomologi og Betydning for Synsorganet fremgår, videre fremholdes, at enkelte af dem sandsynligvis har Betydningen af lokal Tuberkulose, andre beror på Sniveinfektion, og Forf. anförer et sådant Tilfälde, som har megen Lighed med det af v. GRÄFE meddelte (G:s Arkiv III, 2); enkelte (KNAPP, LEBER) har indledet den pyämiske Infektion med letal Udgang, medens de fleste er godartede.

Den differentielle Diagnose og Prognosen omhandles, ligesom den operative Behandling beskrives, hvorved Forf. lägger särlig Vägt på Nödvendigheden af Dränage til Näsen.

ALFRED SVENSSON: **Hydromeningocele frontalis. Meddeladt fall.** Upsala läkareför. förhandl., bd 22, sid. 576.

Svulsten satt på vanligt ställe något till vänster och försköt vänstra ögat utåt. Den mätte 5 cm. från sida till sida samt 4½ cm. uppifrån nedåt och var något pedunkulerad. Det 3 veckor gamla barnet hade därjämte betydande hydrocephalus. Om pedunkeln anlades en stark silkesligatur så nära kraniet som möjligt och åtdrogs i samma mon som säcken tömdes genom samtidig aspiration med en punktionsspruta. På den 1-öresstora öppningen (bråckporten) anlades stadigt tryckförband. Följande dagen måste ligaturen befästas med en lineär klämmare — i brist på bättre DUPUYTRENS enterotom — som lades tätt vid pedunkelns bas. Då säcken blef missfärgad, exstirperades den vid klämmaren och penslades med klorzinklösning. Det åtklämda partiet lossnade efter 6 dagar, och såret läktes med granulationer. Vid utskrifningen fans ingen utbuktning i ärret, men hydrocephalus hade betydligt tilltagit. Barnet hade efter operationen inga asfyktiska anfall och inga konvulsioner, men väl kräkningar på samma sätt som före

operationen. Förf. föredrager klämmare framför ligatur, hvars olägenheter han framhåller. *Björkén.*

I. SVENSSON: **Om operation för blåsesten.** Hygiea 1887, sid. 33.

Författaren, som flere gånger tillförne uppträdt såsom en varm ifrare för epicystotomin vid blåsesten, återkommer till ämnet i en något utförligare uppsats. Han förnekar ej, att i en mycket van operatörs hand den vanliga stenkrossningen kan vara en god operationsmetod, men föredrager dock i regel litolapaxien, oaktadt den har vissa olägenheter, ej blott för blåsan, utan äfven för urinröret, hvilka båda, under den lång tid fortsatta operationen, ej kunna undgå att i hög grad frestas. Hans älsklingsmetod för blåsestens aflägsnande är dock den blodiga operationen, och framför alt sectio alta. Detta på grund af möjligheten att därmed aflägsna hvilken sten som hälst och, samt ännu mera, den trygghet, som den ger med afseende på antiseptiken. Förf. gör alltid epicystotomi i 2 seancer, med 4 dagars mellantid eller mera. Något egendomligt är hans förfarande vid blödning, som han tyckes ofta ha iakttagit, både vid den första seancen och vid genomskärandet af blåsväggen, samt såsom efterblödning. Han gör nämligen ett tämligen frikostigt bruk af termokautern. Däremot älskar han ej suturer af såret i blåsväggen, och allraminst att förena det helt och hållet. Detta senare är väl ock i allmänhet öfvergifvet, utom möjligen på barn. De nu i korthet anförda fallen af epicystotomi utgöra 11; 10 hos män, 1 hos en kvinna, af ålder emellan 36 och 73 år. Ingen af dessa patienter har aflidit, några ha lemnat sjukhuset (å Sabbatsberg) ej fullt läkta, däribland hade 2 en ännu persisterande urinfistel. I ett fall gjordes epicystotomi för att afleda urinen, under det att en plastisk operation utfördes för att läka en genom en svår urininfiltration och gangren uppkommen lucka i urinröret.

Dessutom meddelas 2 fall af litolapaxi med god utgång och ett fall af stenkrossning hos en kvinna efter dilatation af urethra. Detta fall aflöpte så till vida mindre väl, att patienten, då hon efter mera än en månad lemnade sjukhuset, ännu led af incontinentia urinæ.

Rossander.

G. BOLLING: **Bidrag till den plastiska kirurgin.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 22, sid. 527.

Uppsatsen handlar om operationer för *harläpp, klufven gom* och *läppkräfta.* Man hade på senare tiden blifvit uppmärksam på, att dödligheten hos barn, som undergått operation för komplicerad harläpp, var högst betydlig. Förf:s sammanställning af 169 fall angifver 70 döda (41 proc.). Förf. visar dock statistiskt, att denna dödlighet icke mycket öfverstiger den vanliga mortaliteten hos små barn, i synnerhet icke hos sådana med komplicerad harläpp, som äfven utan operation dö i stort antal; och han sluter till, att komplicerad harläpp bör opereras. Operativa förfarandet ansluter sig till den af VON LANGENBECK utbildade metoden med den skilnad, att nedre delen af den röda läppranden å mediala sidan bibehålles samt vikes ned och förenas med

den röda läppranden å laterala sidan enligt WOLFFS metod; — förfarandet sålunda en kombination af v. L:s och W:s metoder. Med en kautschukskifva under läppen och en mindre sådan utanpå hejdas all blödning, och snittföringen blir bekvämare. Såret hopfästes med silkes- och katgutsuturer och bestrykes med jodoformcollodium. Silkessuturerna få sitta 8 dagar. Förf. begagnar alltid kloroform och opererar vid behof med pat:s hufvud i hängande ställning. På mellankäken afprepareras de mot hvarandra passande periostala ytorna och periostet sammansys med starkt silke. Af 9 för komplicerad harläpp opererade barn hafva 2 aflidit efter 6 veckor och 6 månader. Alla de andra lefva; det yngsta, som opererades vid 1 månads ålder, nu 1 år 1 månad.

Operation för klufven gom har gjorts 4 gånger och därvid alltid förenats på en gång hårda och mjuka gommen. I 2 fall följde läkning per primam, i ett kvarblef en liten öppning, som läktes per secundam, och i ett uteblef läkningen helt och hållet, men vans fullständig vid en andra operation. Patienterna voro mellan 12 och 15 år. I ett blef resultatet i afseende på talet lysande, i de andra mer och mindre godt. — Läppkräftan opererades hos 25 män och 1 kvinna. Lokalt recidiv följde 2 ggr inom 1½ och 3 månader samt i ett fall efter ett år i en närliggande körtel. De smärre kräfthärdarna i läppen opereras bäst genom rektangulära snitt, hvilka enligt förf. medgifva större sparsamhet med väfnaden och bättre kosmetisk verkan. *Björkén.*

DETHLEFSEN: **Nogle Operationer.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 198.

Forf. meddeler de af ham i 1886 på Sygehuset i Holstebro udförte Operationer:

På en 11 År gl. Dreng foretoges resectio genus, hvorved fjärnedes 5½ Tomme af femur, men med Bevarelse af Periost, der let kunde kränges tilbage. Af tibia fjärnedes ¾ Tomme, ligeledes med Bibeholdelse af Periost. De 2 Perioströr forenedes med 4 Suturer. Extremiteten anbragtes stärkt extenderet i Stivelsebandage. Der kom rigelig Bennydannelse fra Periost, så at Pat. 5 Uger efter Op. selv kunde löfte Extremiteten. Den endelige Forkortning blev kun 3¾ Tomme, Funktionen var god. *Jens Schou.*

ALFRED SVENSSON: **Fall af spontan brand i hela högra benet. Exartikulation i höftleden. Hälsa.** Upsala läkareför. förhandl., bd 22, sid. 276.

En starkt bygd något korpulent, 35-årig man insjuknade med frossbrytningar, allmänt illamående och mattighet, hvarefter snart kom ett af röda runda fläckar bestående utslag öfver hela kroppen samt värk och styfhet i lederna (reumatisk feber). På 4:e dagen påkom plötsligt domning i högra benet samt ryckningar i tårna och nedsatt temperatur; därefter missfärgning och fuktig brand, som tycktes begränsa sig något nedanför knäet. Vid amputation af lårbenet något nedanför dess midt befans cirkulationen äfven där fullkomligt afstannad. Branden gick nu öfver äfven på stumpen, men begränsade sig slutligen strax nedan-

för lig. Poupartii. hvarefter gjordes exartikulation i höftleden. Pat., som redan visat symptom af septhemi, kom sig, och läkningen försiggick ostördt. — Förf. är benägen antaga, att tromben uppstått genom embolus från en endokardit, som visserligen icke kunnat diagnosticeras, men sannolikt ändå funnits till under den reumatiska febern.

Björkén.

TSCHERNING: **Om Fjärnelse af Benmarven som primär Behandling for den akute infektiöse osteomyelitis.** Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 2.

Se Comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 8.

AXEL IVERSEN: **Resultaterne af Sublimat-Träuldforbindingen (Pudeforbindingen) på Kommunehospitalets 5te Afd.** Hosp.-Tid., R. 3, Bd 5, S. 73, 97, 128, 154.

Forf. meddeler Resultaterne af 112 större Operationer, behandlede med ovennävnte Forbinding, nemlig:

1) Amputationer	6	Tilf.
2) Operationer på Extremiteternes Led og Knogler	46	»
3) Herniotomier	22	»
4) Svulstexstirpationer	34	»
5) Komplicerede Frakturer	4	»
	112	Tilf.

Operationerne ere ordnede i let overskuelige Tabeller. Sårbehandlingen er väsentlig den samme som af Forf. tidligere beskrevet (Hosp.-Tidende 1885). Gummidrän ere själden komne til Anvendelse, derimod Bendrän og Jodoformmêcher. Så vel antituberkulös som antiseptisk Virkning tror Forf., stöttet på sine kliniske Erfaringer, at kunne tilskrive Jodoformen. Blandt de 112 Tilfälde har der väret 2 lette, forbigående Jodoformintoxikationer; i det hele har Forf. kun haft 2 letale Tilfälde, hvor man muligvis kunde tänke på Jodoformintoxikation. Kun et Par Gange har der väret Sublimatekzem, kun 1 Gang har det väret Diarré som Fölge af Brugen af Sublimat (Forf. har dog senere haft et letalt Tilfälde af Sublimatintoxikation med ulcerativ typhlitis og colitis med Perforation af colon ascendens). Under ingen af Pudeforbindingerne har der väret Suppuration, Flegmoner eller komplicerende Hospitalssygdomme. Af de 112 Tilf. döde kun 1, nemlig 1 Hernie, hvor der allerede ved Operationen var peritonitis. Heling per primam udeblev kun i 13 Tilf., blandt hvilke 6 Bubonexstirpationer og 2 Benabscesser. Den förste Forbinding lå i Hovedmassen af Tilfäldene fra 6 til 15 Dage, enkelte Gange måtte den skiftes hurtigere, i andre lå den längere, indtil 28 Dage. I Reglen helede Såret under 1 til 2 Pudeforbindinger.

Foruden de mange andre gode Egenskaber roses endelig til Slutning Forbindingens Prisbillighed. *Jens Schou.*

JACQUES BORELIUS: **Fall af utbredd cancer — cancer en cuirasse — uppkommen efter trauma.** Upsala läkareför. förhandl., bd 22, sid. 580.

Förf:s fall är ganska ovanligt. Efter trauma uppstod en knöl på insidan af pat:s högra lår nedom ljumsken, växte småningom och höjde sig, under det hela benet svulnade, samt utbredde sig som en föga upphöjd diffus, nästan brädhård förhårdnad i och under huden lik ett pansar upp öfver högra ljumsken och en stor del af buken samt äfven nedåt låret. Pat. gick härunder i sitt arbete. Under ett år, som han låg på sjukhuset, höjde sig här och hvar knölar öfver den diffusa hårdnaden äfvensom hårdare strängar. Knölarna betäcktes af en blå cyanotisk hud, och i den största (på stället för den ursprungliga knölen) uppträdde psevdofluktuation, hvarför gjordes snitt och en mindre utskrapning. Såret läktes på en månad, och det utskrapade utgjorde karcinomatös väfnad enligt undersökning. Då pat. utskrefs, bar hans allmänna tillstånd prägeln af kakexi. *Björkén.*

G. BOLLING: **Om operationssår utan drainagerör.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 22, sid. 266.

Förf. hade ofta haft tillfälle att blifva missnöjd med de resorberbara drainageröτen, som icke resorberades utan underhöllo en långvarig fistelöppning, sedan såret för öfrigt läkts per primam. Han var därföre icke sen att eftet SCHEDES föredöme göra försök med att utlämna dessa rör. I 9 svåra operationer — 2 resektioner i höftleden, 1 i skulderleden, 1 i hand- och fotleden, 3 operationer för inklämdt bråck samt 1 amputation af mamma — utlämnades dränrören, och såren förenades genast fullständigt och förbundos med protektiv af guttaperkapapper och sublimatgaskompresser eller hvitmosseskifvor inslagna i sublimatgas. I 7 fall var läkningen fullständig under första förbandet, och i de 2 öfriga berodde läkningens förlopp, som för öfrigt var godt, icke på frånvaron af dränering. Samtidigt gjorde förf. 3 resektioner (i höftleden, skulderleden och armbågsleden) med användande af dränering. Äfven dessa läktes väl, men dränfistlar kvarstodo i alla en längre eller kortare tid. Tvänne nya höftledsresektioner, som förf. sedan gjort på 6 års gamla barn utan användande af drainage, gingo till läkning under första förbandet på 3 veckor. — Förf. skärskådar metodens vilkor och fördelar och anser den värd att beaktas och vidare utbildas. *Björkén.*

Psykiatri: E. SCHMIEGELOW: Om Sindssygdom, Tvangsbevägelser og andre Reflexnevroser, betingede af en Sygdom i Mellemöret.

E. SCHMIEGELOW: **Om Sindssygdom, Tvangsbevägelser og andre Reflexnevroser, betingede af en Sygdom i Mellemöret.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 129, 149.

Forf. belyser i denne Afhandling, hvilken vidtgående Indflydelse en Mellemörelidelse kan have på fjärntliggende Nervebaners (dels sensitive, dels motoriske) Funktionsävne, gennemgår de forskellige experimentale Forsög, der have vist den hindede Labyrints Betydning for Ligevägtstilstanden af Organismen, og illustrerer disse Forhold klinisk, i det han omtaler et Tilfälde, en 34-årig Mand, der sammen med en kronisk Suppuration i det höjre Mellemöre led af Smerter i den höjre Side af Hovedet i Forbindelse med en ejendommelig og höjst generende trykkende Fornemmelse oven i Hovedet i Forbindelse med aldeles umotiverede Angstanfald og en enkelt Gang et Anfald af Tvangsbevägelser, i det han, som han gik på Gaden, pludselig styrtede avtomatisk 10—15 Skridt til Siden. Alle disse Tilfälde svandt, efter at Örebetändelsen var helbredet.

I et andet udförligt meddelt Tilfälde udviklede der sig hos en 55-årig Mand, som led af en kronisk Mellemöresuppuration med store Polypdannelser, en fuldständig morbus mentalis med Forfölgelsesidéer og Selvmordstanker. Sindssygdommen hävedes, da Polyperne vare fjärnede. *E. Schmiegelow.*

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: HASLUND: Endnu et Par Tilfälde af Syfilis, opstået ved Infektion gennem Svälget. — ARCTANDER: Purpura hæmorrhagica fulminans. — HASLUND: Själdnere Former af Jodkalium-Exantem. — A. BORNEMANN: Nogle Tilfälde af ulcera cruris og eczema, behandlede med UNNA's Zinklimbandage. — K. MÖLLER: Behandling af ulcera cruris efter UNNA's Metode.

HASLUND: **Endnu et Par Tilfälde af Syfilis, opstået ved Infektion gennem Svälget.** Hospitals-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 217.

Som en Art Fortsättelse af sin tidligere Meddelelse (Hosp.-Tid., R. 3, Bd 3, S. 629) om 4 Tilf. af syfilitisk Infektion gennem Svälget refererer Forf. to lignende Tilfälde, hos en 11-årig Pige og en 27-årig Hoteljomfru. Ätiologien har han ikke kunnet udrede; han tror ikke på Oprindelsen fra Irrumation, men antager Smitten overfört ved Kys eller Drikkekar. I det hele anser han ikke det Slags Tilfälde for endda så overmåde själdne. *R. Bergh.*

ARCTANDER: **Purpura hæmorrhagica fulminans.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 227.

En 3-årig, tidligere rask Dreng, der levede under gode Forhold, blev syg d. 23 April 1885; de foregående Dage bemärkedes nogen Svulst af Halskertlerne. Der opstod nogen Blödning fra Näsen, og på hele venstre Fod og nederste Tredjedel af Skinnebenet dannede der sig en blåligröd Farvning af Huden, öm, spändt, kölig; midt på höjre Skinneben opstod en kronestor Plet, livlig röd med en knappenålshovedstor, mörkeblå Plet i Midten. Flere nye Pletter fremkom, medens de tidligere antoge en mörkere Farve, med Svulst og Spänding af Huden, isär på venstre Ben, hvor det affarvede Parti lignede mortificeret Väv. I Munden intet abnormt. Näseblödningen standsede. Temperaturen holdt sig lidt over 37. Näste Dag ny Plet på venstre Kind. Urinen indeholdt Äggehvide og Blod. Tredje Dag nye Pletter, på nogle af dem dannes bullæ, og på venstre Skinneben begyndende Demarkationslinie. Döden indtrådte den fjärde Dag.

G. G. Stage.

HASLUND: **Själdnere Former af Jodkalium-Exantem.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 145.

Forf. meddeler nogle af ham iagttagne själdnere Former af Jodkalium-Exantem, särligt og hovedsageligt da som *diffus Dermatit*, udbredt over Hoved og Hals; han har sét den også efter Indgift af kun 1 Gm Jodkalium. Själdnere så han den under Skikkelse af *erythema nodosum*, hos en Patient endog to Gange. En *pemphigus*-lignende Form forekom hos et Individ efter Indgift af kun nogle Spiseskefulde af Oplösningen; den optrådte symmetrisk og uden Liden af Almenbefindendet; Tilfäldet detaljeres. Endelig har Forf. hos et Individ set en *hämorragisk*, purpura-lignende *Eruption.* *R. Bergh.*

A. BORNEMANN: **Nogle Tilfälde af ulcera cruris og exzema cruris, behandlede med Unnas Zinklimbandage.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 169.

Forf. har behandlet 8 Tilfälde af *ulcera* cruris efter UNNAS Metode, og med godt Resultat; kun anvender han énhovede i Steden for tvehovede Bind; Tilfäldene detaljeres. Mindre Nytte af denne Behandling så han i to Tilfälde af kronisk *Ekzem* på Benene.

R. Bergh.

K. MÖLLER: **Behandling af ulcera cruris efter Unnas Metode.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 248.

I det Forf. refererer et på nys nävnte Måde behandlet Tilfälde, hävder han Berettigelsen af det tvehovede Bind. *R. Bergh.*

Obstetrik och gynekologi: G. Heinricius: Om möjligheten af konception efter curage af lifmodern. — P. Koefoed: Meddelelser fra Frederiks Hospital, Afd. D. — E. Ingerslev: Födselstangen. En obstetricisk Studie. — Leopold Meyer: Om Skarlagensfeber hos Barselkvinder. — V. Heiberg: Om Perinäorafi, särligt med Hensyn til Lawson Taits Metode. — E. V. Pallin: Gynekologiska-terapevtiska studier. I. Hydrastis canadensis. — Frits Levy: Om den »latente» Gonorré hos Kvinden. R. Bergh: En Indsigelse. F. Levy: En Kontra-Indsigelse. R. Bergh: En Indsigelse. F. Levy: En Kontra-Indsigelse. R. Bergh: Afslutning. — W. Netzel: Om papillärkystom och papillom i ovarierna. — M. Salin och C. Wallis: Fall af kastration med olycklig utgång på grund af dubbelsidig hydronefros, beroende på uretererna kompression af ett stort uterinmyom. — P. Koefoed: En usädvanlig Temperaturstigning.

G. HEINRICIUS: **Om möjligheten af konception efter curage af lifmodern.** Gynäk. og obstetr. Meddelelser, Bd 6, S. 199.

Fra 1872 til September 1885 blev der på den gynäkologiske Klinik i Helsingfors behandlet 60 Tilfälde af såkaldet kronisk hyperplastisk (fungös) endometritis med Kurette og efterfölgende Kavterisation. I 52 af disse 60 Tilfälde kender Forf. det senere Forlöb: 16 Kvinder af disse 52 (d. e. 30 %) have konciperet. At dette Antal, der dog er relativt stort, ikke er större, har efter Forf:s Påvisning sin Grund deri, at de resterende Kvinder dels vare ugifte, dels vare ude over Forplantningsalderen. På Spörgsmålet om, hvor hurtigt efter Afskrabningen Konceptionen kan finde Sted, svarer Forf.: gennemsnitligt 5 Uger; en Gang har han set Konceptionen indträde efter kun 4 Ugers Forlöb. Dette tyder på en meget hurtig Regeneration af Slimhinden, hvilket atter afhänger af, at, hvor energisk man end foretager Kuragen, vil dog altid enkelte Steder Dele af mucosa blive tilbage, hvad også Düvelius har vist ved sine Forsög.

F. Nyrop.

P. KOEFOED: **Meddelelser fra Frederiks Hospital, Afd. D.** (Prof. Plum.) Gynäk. og obstetr. Meddelelser. Bd 6, S. 207.

I. *Graviditas extrauterina. Dödt Foster. Laparotomi.*

Forf. meddeler et Tilfälde af extrauterint Svangerskab hos en 31-årig Kone, der havdeväret gift i 11 År uden nogensinde at have enten födt eller aborteret. Hun havde altid väret regelmässig menstrueret og aldrig märket noget abnormt fra Genitalorganernes Side. Diagnosen fremböd ikke särlige Vanskeligheder trods Mangelen af enkelte patognomoniske Tegn; Anamnesen og Explorationsresultatet samt Beskaffenheden af den ved en Punktur udtömte Väske pegede bestemt på Extrauterinsvangerskab. Derimod var den mere detaljerede Diagnose af Arten af det extrauterine Svangerskab besvärlig og kunde ikke stilles med fuld Sikkerhed. Sandsynligheden talte stärkt for et *intraligamentärt Tubarsvangerskab.* Tidspunktet for Operationen, der

udförtes af Prof. Plum, faldt omtrent 4 Måneder efter Fosterets Död. Der opereredes à deux temps med Suturering af Säkken til Bugsåret. Ägsäkken åbnedes med Paquelins Kniv; Snittet faldt igennem placenta. Fosteret, der var en stärkt maeereret Dreng, der skönnedes at väre död i Begyndelsen af 6te Måned, extraheredes ved en Fod, og Navlesnoren underbandtes. Da Äghinder og placenta adhärerede for fast til uden Vanskelighed at kunne fjärnes, lodes den tilbage. Forlöbet efter Operationen var temmelig uforstyrret, og efter 2 Måneders Forlöb udskreves hun i Velbefindende og god Ernäringstilstand med en omtr. 12 Cm. dyb, snäver, svagt secernerende Fistel. I de fölgende Måneder var Menstruationen regelmässig ledsaget af lidt Blödning fra Fistelen. 5 Måneder senere fik hun en höjresidig ischias; det kunde ikke afgöres, om disse Smerter stode i noget Forhold til Extrauterinsvangerskabet. Cikatricen var da bleven omtr. 3 Cm. bred i sin nederste Del; Fistelen var omtrent uforandret. Smerterne tabte sig hurtigt, men ere senere af og til optrådte igen.

II. *Lipoma (myxolipoma?) mesenterii. Explorativ Laparotomi.*

En 20-årig Pige fremstillede sig med en Underlivssvulst; Undersögelsen måtte närmest give Formodning om en retroperitoneal Svulst; men Diagnosen var dog så lidt sikker i Enkeltheder, at Forf. under Hensyn til den temmelig lidende Tilstand, hvori Pat. havde tilbragt sine sidste År, besluttede sig til en explorativ Laparotomi, eventuelt Exstirpation af tumor. Denne viste sig at have sit Säde i Mesenteriet; den var ikke skarpt afgränset opad og nedad og gik bagtil over i det retroperitoneale Bindeväv, hvor den indstöbte aorta og vena cava. Den havde Udseende som et Lipom, dog noget mere grålig og ödematös end almindeligt Fedtväv (Myxolipom?). Da der ikke var Mulighed for en tilnärmelsesvis radikal Fjärnelse af Svulsten, lukkedes Bugsåret. Det senere Forlöb fremböd intet af Interesse; hun udskreves en Måneds Tid senere. — Forf. gennemgår dernäst, hvad der om disse Svulster findes i Literaturen, deres Diagnose, Prognose og Behandling. Der foreligger Beretning om 15 Tilfälde; 8 af disse opereredes; men kun i to Tilfälde (Madelungs og Péans) opnåedes Helbredelse. *F. Nyrop.*

E. INGERSLEV: **Födselstangen.** En obstetricisk Studie. Med 60 Träsnit. Köbenhavn 1887. A. F. Höst. 167 S.

Det foreliggende Arbejde er en udförlig og interessant Fremstilling af Födselstangen og Tangoperationens Historie fra de äldste Tider indtil Nutiden. Det har väret et stort Arbejde at samle og begränse det umådelige Stof på så tiltalende en Måde, som her er sket. Forf. har gjort dybtgående Studier og fra selve Kilderne optaget og på kritisk Måde fremstillet de Tanker og Meninger, som de forlöbne Tiders store Mänd på dette Område have lärt i Erfaringens Skole, og man ser da, at også på dette Område er meget af det, der nu kommer frem som nyt, allerede tänkt og bragt på Bane langt tilbage i Tiden. Afhandlingen er prydet med en Mängde oplysende

Träsnit, der spare mangen en vanskelig og kedelig Beskrivelse. ROLFYN er ubestrideligt den förste, der har forelagt Offentligheden en uskadelig Födselstang, bestemt til Extraktion af det levende Foster; men som den egentlige Opfinder af Tangen må Familien CHAMBERLEN nävnes. Forf. giver en, navnlig i kulturhistorisk Henseende interessant og fuldständig Fremstilling af denne Familie, og han mener, at man har väret for sträng i Bedömmelsen af det Hemmeligheds-krämmeri, der blev drevet med det Chamberlenske Födselsarcanum. Hemmeligheden sivede dog ud og blev Forbilledet for de förste mere eller mindre brugbare Tänger. Her hjemme hos os var JENS BING († 1754) den förste, der benyttede Födselstangen i sin praxis og selv konstruerede en sådan. Forf. gennemgår derpå den store Fortjäneste, som SMELLIE og LEVRET indlagde sig ved deres Forbedringer af Tangen. Tangoperationens Teknik og Tangforlösningens Indikationer präciseredes nu, og det var navnlig ved de 2 nävnte Mänds Påvirkning, at der i Tyskland og Österrig begyndte en ny Åra for Födselvidenskabens studium: der oprettedes nye Födselsstiftelser, og Läreposterne beklädtes af Männd, som havde studeret i London og Paris. Det var navnlig ved G. V. STEIN, at LEVRETS Tang vandt almindelig Udbredelse blandt tyske Födselshjälpere. I det Forf. i denne Henseende omtaler M. SAXTORPHS Betydning, går han over til at fremstille Födselsvidenskabens Standpunkt på den Tid i Danmark. Han fremhäver her BERGERS og M. SAXTORPHS store Fortjäneste for hele Läreu om Tangen, og navnlig fremhäver han den selvständige Stilling, SAXTORPH indtog med Hensyn til Anläggelsen af Tangen, i det han nemlig lärte at anlägge den i Siderne af Bäkkenet uafhängigt af Hovedets Stilling, i Modsätning til LEVRETS og SMELLIES Regel, at anlägge Tangen om Siderne (Örerne) af Fosterhovedet. Ligeledes viser Forf., at SAXTORPH har haft Blik for en Extraktionsmetode, hvilken närmere detaljeres, hvis Princip er optaget i den nyeste Tid ved de så kaldte Axeträktänger. Forf. gennemgår dernäst Tanglärens videre Udvikling i de forskellige Lande og fremstiller de forskellige Akkuchörers Meninger om Tangens Virkemåder ved Tryk, ved Stillingsforandring og ved Träk. For at undgå Tangens komprimerende Virkning ere nogle (LAZAREWITCH, CHASSIGNY) vendte tilbage til de tidligere Tänger med parallele Brancher, men disse have ikke vundet nogen Tilslutning. Hvad angår Tangens Virkning som stillingsforbedrende, gälder endnu SAXTORPHS oven nävnte Regel, at anlägge Tangen i Siderne af Bäkkenet og overlade Rotationen til Naturen; dog benytter navnlig den franske Skole Tangen som roterende Instrument. Forf. ivrer stärkt herimod: dog mener han, at der hos primiparæ med rigide Blöddele og med Hovedet i Skråstilling kunde väre Grund til den skrå Anläggelse af Tangen. I en langt mere fremträdende Grad er det da Tangens Virkning ved Träk, der i de sidste 10 År har väret Genstand for livlig Debat og givet Stödet til en Mängde Forslag om mere eller mindre indgribende Reformer af Instrumentet. Antallet af de nye Tangmodeller er meget stort. Det er TARNIER, der har givet Stödet til de nye Axeträktänger eller Bäkkenindgangstänger, som BREUS benävner dem, hvilket Navn de måske hellere måtte have, fordi deres

Betydning först bliver klar ved dette; de have nemlig deres berettigede og nyttige Område ved det höjt stående Hoved. Danmark var et af de förste Lande, hvor disse Tänger (MATHIEUS Tang) kom i Brug, — det var ved afdöde Dr. SOMMERFELDTS Initiativ —; men disse Tänger ere altfor afvigende fra den almindelige Tang, til at de kunne få mere almindelig Anvendelse udenfor Födselsstiftelsen. MATHIEUS Tang benyttes ikke mere her, i det Prof. STADFELDT ved höjt stående Hoved anvender SIMPSONS Tang, medens Forf. vil foreträkke BREUS's Tang. Forf. viser, at TARNIER har stillet for store Fordringer til sin Tang; det väsentligste, der opnåes ved den, er en Kraftbesparelse, i det Träkket udöves så när Hovedet som muligt. Til Slutning betragter Forf. Axeträktangen i Forhold til äldre og nyere Anskuelser om Bäkkenaxen, og han viser, hvor overraskende megen Dissens der endnu hersker om Begrebet Bäkkenaxen. *F. Nyrop.*

LEOPOLD MEYER: **Om Skarlagensfeber hos Barselkvinder.** Gynäk. og obstetr. Meddelelser, Bd 6, S. 244.

Forf:s Materiale hidrörer fra Födselsstiftelsen, hvor der i 1886 har hersket en lille Epidemi af Skarlagensfeber. Den begyndte i December 1885 med, at en Läredatter blev syg, og i alt angrebes 6 Läredötre, 15 Barselkvinder og 4 ikke-Barselkvinder. Da nemlig Begrebet »Barselkvinde» er noget ubestemt, har Forf. draget Gränsen således, at han kun henregner de Tilfälde til »Skarlagensfeber i Barselsängen», hvor de förste Symptomer opträde för Udlöbet af 2den Uge efter Födselen; hos de 4 sidste optrådte de förste Symptomer resp. $2\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, 8 og $9\frac{1}{2}$ Uge efter Födselen. Han har yderligere foröget sit Materiale med 3 Tilfälde (foruden et Tilfälde af psevdo-scarlatina), som ere forekomne på Epidemihospitalet siden dets Oprettelse 1880. Der meddeles kortfattede Sygehistorier over disse 18 (19) Tilfälde, og Forf. har udarbejdet en stor »tabellarisk Oversigt over de vigtigste Sygdomssymptomer». Forf. omtaler först den Måde, hvorpå Smitten har udbredt sig, den mulige Overförelsesmåde, og hvad dermed står i Forbindelse. Dernäst vender han sig til at undersöge, om de Forfattere have Ret, der påstå, at Skarlagensfeber, overfört til en födende eller Barselkvinde, kan opträde og hyppigt opträder som en Sygdom, der kun har en fjärn eller nästen ingen Lighed med almindelig Skarlagensfeber, men så meget större med såkaldet Barselfeber. Forf. kommer til det Resultat, at *Skarlagensfeber altid opträder som sådan, også når den angriber Barselkvinder.* Imidlertid kan den under disse Forhold frembyde särlige Modifikationer, og Forf. gennemgår nu de mulige Modifikationer med Hensyn til Modtagelighed, Inkubationstid, Symptomer, Komplikationer og Prognose. — I Fölge Erfaringerne fra Köbenhavn er Skarlagensfeber ikke nogen hyppig Komplikation i Barselsängen, i det der fra 1871 indtil närvärende Epidemi kun er forekommet 2 Tilfälde på Födselsstiftelsen (1876), medens der stadig var Skarlagensfeber i Byen, så at der altså var rigelig Lejlighed til at blive smittet under Svangerskabet. Efter Forf:s Erfaring *er Inkubationstiden for Skarlagensfeber i Barselsängen i Reglen at sätte til*

2—4 Dögn, og denne korte Tid er efter de nyere Anskuelser ikke forskellig fra Sygdommens almindelige Inkubationstid; man kan altså ikke anföre den hurtige Opträden af Symptomerne efter Födselen som Bevis for Smitteoptagelse allerede i Svangerskabet. Det kunde da väre de tilstedeværende solutiones continui, der lettede Smittestoffets Optagelse og derved gav dette Lejlighed til hurtigt at udfolde sine Virkninger. Medens *Halsaffektionen i Regelen er ringe*, ere de difteroide Affektioner af Exkoriationer i vulva forholdsvis hyppige, og dette kunde jo tages til Indtägt for Teorien om Smittens Indträngen gennem Födselsvejen; men Sygdommen kan også forlöbe uden Komplikationer fra Genitalorganernes Side, og det selv i Tilfälde, hvor den begyndte snart efter Födselen. I 6 Tilfälde var der ingen Komplikationer fra Genitalorganernes Side, i 1 Tilfälde kun nogen Blödning, i 5 urene Belägninger på Exkoriationer i vulva og hos 6 Patienter betydeligere betändelsesagtige Komplikationer; 2 af disse döde. Om Exantemet erfor Forf., *at det i det hele kun själdent trådte stärkt frem. Sekundäre Exantemer* bemärkedes 2 Gange og syntes ikke at have nogen särlig Betydning lige så lidt som Fremkomsten af *miliaria* og lignende, der iagttoges i 5 Tilfälde. Komplikationer fra *Nyrernes Side* iagttoges 7 Gange; hos de 3 var Albuminurien ganske forbigående. Hos 2 Patienter var der cystitis. *Revmatoide Affektioner* noteredes ikke mindre end 10 Gange; de vare dog stedse forbigående og veg i Reglen for Salicyl. *Locchialudfloddet* påvirkedes ikke af Skarlagensfeberen, derimod blev *Mälkesekretionen* stärkt formindsket. Hvad Sygdommens *Forlöb* angår, så Forf., at den kunde forlöbe lige så let hos Barselkvinder som hos andre. Med Hensyn til *Diagnosen* viste det sig, at den for de allerfleste Tilfäldes Vedkommende ikke frembød större Vanskeligheder end Diagnosen af Skarlagensfeber overhovedet. Vanskeligheder kunne frembyde sig, isär når Patienten alt forud er septisk. Efter Forf:s Erfaring kan *Prognosen* ikke stilles så dårlig, som man er vant til. Grunden til den store Dödelighed hos Forff. er måske den, at der til Skarlagensfeber i Barselsängen er medregnet Tilfälde, som slet ikke höre dertil, således Tilfälde af erysipelas og navnlig Tilfälde af Barselfeber med eller uden septisk Exantem. Hvad *Behandlingen* angår, må man särlig stille sig til Opgave at afvende puerperal sepsis, uden at der i övrigt er nogen Grund til at afvige fra den ved Skarlagensfeber sädvanlige Behandling. — Til Slutning giver Forf. nogle Oplysninger om de af Skarlagensfeber angrebne Patienters Börn, der stadfäste den gamle Erfaring om späde Börns ringe Modtagelighed for denne Sygdom, i det kun ét Barn döde under Symptomer, der måske kunde tydes som Skarlagensfeber. *F. Nyrop.*

V. HEIBERG: **Om Perinæorafi, särligt med Hensyn til Lawson Taits Metode.** Gynäk. og obstetr. Meddelelser, Bd 6, S. 223.

Forf. giver först en meget kortfattet Oversigt over Behandlingen af den friske og den granulerende Ruptur; dernäst vender han sig til Behandlingen af den cikatricerede Ruptur og omtaler kortelig det Forhold, hvori denne står til Spörgsmålet om det kvindelige perinæums

fysiologiske Betydning. Han omtaler ligeledes i korte Träk selve Operationen for den cikatricerede Ruptur og de forskellige Forbedringer, Operationen og Operationsmetoderne have väret underkastede; den nyeste Operationsmetode er den af LAWSON TAIT benyttede. Lige over for den hidtil anvendte Operationsmetode udmärker LAWSON TAITS Metode sig ved den forbavsende korte Tid (3—4, höjst 8 Minutter), hvori den udföres, ved den yderst simple Efterbehandling, og endelig synes den at väre sikker og pålidelig, hvad der näppe kan siges om den hidtil anvendte Metode. Forf. har (1885) set Operationen blive udfört 3 Gange af LAWSON TAIT selv, dernäst af andre engelske Operatörer, som EDIS og FAVCOURT BARNES, og endelig har han selv på Frederiksberg Hospital udfört Operationen 14 Gange. Der meddeles kortfattede Journaler over disse 14 Tilfälde; i 8 Tilfälde var Rupturen inkomplet, i 6 Tilfälde komplet. I 8 Tilfälde var der tillige Vaginalprolaps, og her udförtes Kolporafi i samme Séance som Perinäoplastikken. I Udförelsen af Operationen har Forf. ikke turdet fölge LAWSON TAIT i at undlade at foretage Hämostase overfor arteriel Blödning og i at undlade at anvende Antiseptik. Hvad selve Operationsteknikeu angår, henvises til Forf:s nöjagtige Beskrivelse. Pointen ved Metoden er den, at septum recto-vaginale spaltes i 2 Lameller, der hver for sig skulle aflukke Perinealsåret fra vagina og rectum. Herved udelukkes Muligheden af Fisteldannelse til rectum eller vagina, for så vidt som man ikke läderer Lamellerne, hvad der i övrigt kan väre vanskeligt at undgå i de Tilfälde, hvor Perinealriften går höjt op i rectum, i hvilke Tilfälde septum altid findes meget tyndt. Foruden at Sårfladen er aflukket fra rectum og vagina, frembringes der ved Metoden (uden at bortfjärne noget Väv) store, friske Sårflader med Tilböjelighed til at voxe sammen. Til Suturering anvendes en lang Skaftnål. Trods det, at Forf. foretog arteriel Hämostase og anvendte Antiseptik, optrådte der dog Suppuration hos flere af hans Patienter; men dette havde hos ingen af dem nogen som helst skadelig Indflydelse på Resultatet, der hos dem alle blev Dannelsen af et tykt, solid perinæum med Ophävelse af alle de sygelige Fänomener, der kunde tilskrives Rupturen i perinæum.

F. Nyrop.

E. V. PALLIN: **Gynekologiska-terapevtiska studier. I. Hydrastis canadensis.** Akademisk afhandl. Eskilstuna 1857, s. 44.

Efter att hafva omnämnt drogen i farmakologiskt hänseende samt anfört några författares yttrande om dess verkan, meddelar förf. sin egen erfarenhet, grundad på 53 egna fall, under 3 år behandlade med hydrastis. Han anser medlet mycket verksamt mot kron. metrit samt essentiela menorragier, men däremot utan synnerligt värde vid dysmenorréer och fungös endometrit.

Salin.

FRITS LEVY: **Om den "latente" Gonorré hos Kvinden.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 1, 25, 49.

R. BERGH: **En Indsigelse.** A. St., S. 86.

F. LEVY: **En Kontra-Indsigelse.** A. St., S. 137.

R. BERGH: **En Indsigelse.** A. St., S. 161.

F. LEVY: **En Kontra-Indsigelse.** A. St., S. 184.

R. BERGH: **Afslutning.** A. St., S. 201.

I en Afhandling, väsentligt af refererende Natur, giver Forf. en udförlig Oversigt over Läeren om den latente Gonorré hos Kvinden, således som denne Läre först er fremstillet af NOEGGERATH og senest af SCHWARZ. Forf., der er en fuldständig Tilhänger af denne Läre, omtaler dernäst Opdagelsen af Gonokokken og de Forsög, der ere gjorte med den rendyrkede Gonokok. Forlöbet af den »latente» Gonorré hos Kvinden er så lidet typisk, at det er let forståeligt, at den oprindelige Årsag til Lidelsen let kan overses; men er först Mistanken vakt og Opmärksomheden särligt henvendt derpå, mener Forf., at det i mange Tilfälde også uden den mikroskopiske Påvisning af Gonokokker vil lykkes at stille Diagnosen. Han meddeler som Exempel 3 Sygehistorier fra sin praxis og går derpå närmere ind på Symptomerne og Diagnosen. Prognosen er altid dubia, om ikke absolut slet. Af eminent Vigtighed er Gonorréen som Årsag til Oftalmoblennorréen hos de nyfödte. Til Slutning giver Forf. en Udsigt over Sygdommens Behandling og opholder sig navnlig ved den intrauterine Behandling.

Som Resumé af Afhandlingen fremhäver Forf.:

1) »Gonococcus Neisser» er at betragte som Gonorréens specifike Mikroorganisme.

2) Gonokokkerne findes så vel i de akute som i de kroniske Former og ere påviste i Sekret af indtil mange År gamle Gonorréer.

3) Forekomsten af Gonokokker i Sekretet er intermitterende.

4) Slimhindeaffektionens Intensitet står ikke altid i direkte Forhold til Mängden af de indeholdte Gonokokker d. e. til Gonorréens Infektiösitet.

5) For Kvindens Vedkommende afgiver urethras normale Beskaffenhed intet Bevis for, at Gonorréen er helbredet.

6) Da Uterinblennorréen på Grund af den virulente Katarrs Forplantning gennem tubæ til Ovarier og peritonæum medförer store Farer for Kvinden og som et perennerende Smittefocus tillige for Manden, gälder det om strax fra Kurens Begyndelse at söge at begränse Gonorréen og i Tilfälde af, at den allerede er nået over på uterus, ved lokal intrauterin Behandling at destruere Gonokokkerne.

I Anledning af denne Afhandling hävder R. BERGH, at det länge har väret bekendt, at Uterinblennorréen kan afföde Lidelser i tubæ, Ovarier o. s. v. Når imidlertid Gynäkologerne i den senere Tid have påstået, at disse Underlivslidelser väsentligt og i Reglen skulde skyldes *Overförelse af Smitte fra Manden,* vil han som andre Venerologer för ham nedlägge en Indsigelse »mod dette Gynäkologernes hidtil vi-

denskabeligt ubegrundede og altså letfärdige Postulat». Lige over for Bergh fremhäver Levy, at det ikke er den bakteriologiske Side af Gonorréspörgsmålet, der her väsentligst er Tale om, men den rent praktiske: om Behandlingen af Gonorréen hos Kvinden kan betragtes som betryggende, når det udelukkende er Uretriten, der behandles, medens der intet göres for at forebygge den virulente Katarrs videre Udbredelse til uterus. *F. Nyrop.*

W. Netzel; **Om papillärkystom och papillom i ovarierna.** Hygiea 1887, s. 154.

Efter att hafva framstält de anatomiska karakterer, som utmärka de i fråga varande svulsterna, genomgår förf. de kliniska kännetecknen för diagnosen. Det af Schröder omtalade »Schneeballenknirschen» har N. aldrig kunnat iakttaga. Profpunktion lemnar ingen upplysning. Saknad af pedunkel, svulsternas breda vidfästning i bäckenet och deras bilateralitet göra diagnosen sannolik.

I sammanhang härmed omnämner förf. dilatationen af bäckenorganen vid ovarialkystom. Är uterus starkt dislocerad, dess begränsning otydlig, tyder detta på en utbredd och fast fixation af svulsten inom bäckenet. I flere fall har han iakttagit urinblåsan högt uppskjuten och fixerad till bukväggen.

Ett långsamt och oregelbundet tillväxande af svulsten anser förf. såsom ett icke ovigtigt kännetecken på papillärkystom.

I ascitesvätskan har han stundom funnit jämte stora fettkornceller kolfformiga hopar af småkorniga celler, möjligen afstötningar från papillomgrenar.

I afseende på ovarialkystomets malignitet anser förf., att en icke obetydlig affinitet mellan kystom och kancer finnes, ett ytterst vigtigt stöd för tidigt opererande. Beträffande papillärkystomen säger han, att äfven om man vill medgifva, att dessa svulster tendera till malignitet, det ej kan bestridas, att de i regel länge kvarstå på indifferent stadium, och att recidiv endast i undantagsfall uppkomma. Samma omdöme gäller enligt hans erfarenhet om myxomen.

Vid 20 ovariotomier af 264 har förf. påträffat papillärkystom. Flere andra fall, där operation ej blifvit utförd eller ej kunnat utföras, har förf. iakttagit. I fem fall har diagnosen blifvit bestämd genom obduktion eller genom buksnitt, och dessa fall meddelas.

1) Pat. hade fem år lidit af plågor i underlifvet, 2 år varit medveten om en svulst, då hon 1877 kom under förf:s behandling. Svulsten fylde då lilla bäckenet och hypogastrium till ofvan nafveln samt var intimt förenad med sin omgifning. Hon afled efter 1½ år, sedan hon 6 gånger blifvit tappad med temporär lindring. Sektion visade ett flerrummigt papillärkystom, sannolikt uppkommet från båda ovarierna, intimt förenadt med omgifvande delar. Uterus dislocerad, var tillplattad, utan synlig begränsning öfvergående i svulstväggen.

2) Svulsten, iakttagen sedan 6 år, nådde refbensranden. Buksnitt 1877, hvarvid svulsten befans höggradigt retroperitonealt utvecklad, uterus bildande en förtjockning i svulstväggen utan begränsning. Svul-

stens öppningar hopsyddes och buksåret slöts. Läkning. Under 3 år ständiga tappningar. Pat. afled efter ett försök af annan läkare att dränera svulsten genom vagina och bukväggen. Sektion visade ett enrummigt papillärkystom.

3) En högersidig svulst, iakttagen 14 år, och en vänstersidig, 5 år. Anfall af svåra smärtor och feber. Buksnitt 1886. Svulsterna intimt förenade med hvarandra, delvis retroperitoneala. Genom insnitt i den större svulsten konstaterades dess papillära karakter. Pat. afled efter 6 veckor. Ingen sektion.

4) Svulsten iakttagen 1 år. Höggradig ascites. Paracentes. Laparotomi 1884, hvarvid påträffades tvänne papillära kystom, som fylde bäckeningången och nådde till nafveln. Svulsterna, saknande en begränsande hufvudcystvägg, bestodo af en hopgyttring af små tunnväggade cystrum. En del af den vänstra tumören borttogs. Feber och resistens i vänstra hypogastrium. I 4:de veckan öppnades en större abscess i öfre sårvinkeln. Läkt efter 3 månader. 2 mån. senare ascites. Paracentes. 1885 å nyo laparotomi. Utom de nämnda tumörerna talrika brider. I omentet och på flere ställen i peritoneum talrika cyster med papillära exkrescenser. Tömning af flera cystrum. Läkningen ostörd. Tillståndet sedermera ej höggradigt försämradt. Paracentes hvar 3:dje månad.

5) Sedan 2 år betydlig ascites, samt på sidan om uterus knöliga tumörer, som tillvuxit. Laparotomi dec. 1881, hvarvid operatören öppnade den 10 cm. uppåt dislocerade blåsan. Suturer. Inga obehag af lesionen. Tumören, liknande en papillär kankroid, kunde ej borttagas. Lindrig feber. På åttonde dygnet en pekfingerstor bristning af såret, hvilken oaktadt flere försök kvarlemnade en fistel, hvarigenom ascitesvätska tömde sig. Tillståndet under ett par år godt. Afled 1884. Obduktion visade tvänne papillärkystom.

De verkliga ovarialpapillomen anser förf. i genetiskt hänseende stå papillärcystorna mycket nära. I ett af honom opereradt fall utgjordes den ena svulsten af ett papillom och den andra af ett papillärkystom.

Förf. anför 1 fall af ovarialpapillom, behandladt på Serafimerlasarettet. Pat. afled efter 51:sta tappningen 5 år efter första inkomsten på lasarettet. Han omnämner dessutom ett fall, meddeladt af prof. Bruzelius, där det kliniska förloppet var mycket malignt. Pat. afled efter 8 mån., men mikroskopiska undersökningen visade, att svulsten var ett papillom, samt ett liknande fall, iakttaget af honom själf, där emellertid ingen närmare undersökning af tumören kunde göras.

I sammanhang härmed meddelar förf. ett fall af tubaovarialcysta med papillombildning i tuban. Pat. 22 år. Svulsten 3-årig, långsamt tillväxande, nådde vid operation till nafveln. Talrika adherenser och vid basen intraligamentär utveckling. Tuban öfvergick utan gräns i tumören. På insidan af den smalare delen af tuban talrika papillom.

Salin.

M. SALIN och C. WALLIS: **Fall af kastration med olycklig utgång på grund af dubbelsidig hydronefros, beroende på uretererernas kompression af ett stort uterinmyom.** Hygiea 1887. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 7.

Pat., 40-årig, hade känt tumören i 9 år. Stark tillväxt och ymniga blödningar de sista åren. Intraligamentär utveckling. Ovarierna palpabla; det högra nedanför refbensranden och det vänstra strax ofvan crista ilei. Kastration lätt. Efter operation betydligt förminskad urinafgång. Uremi. Död på 7:de dygnet. Obduktionen visade en dubbelsidig hydronefros, uppkommen därigenom att tumören sammanpressat uretererna mot bäckenringen. *Salin.*

P. KOEFOED: **En usädvanlig Temperaturstigning.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 241.

På en 63 År gammel Enke foretoges d. 5te Januar 1887 Ovariotomi, hvorved fjärnedes en stor Ovariekyste med tykflydende, uklart, grågrönligt Indhold. Operationen gik glat, Stilken behandledes intraperitonealt, intet Peritonealtoilette, ingen Dränage, Tillukning af Såret med Katgutetagesuturer. Velbefindende efter Operationen, ingen Opkastning, Afgang af flatus. Temp. d. 6te om Morgenen 39,3°, d. 7de om Morgenen 39,7°, men Almenbefindendet godt; d. 7de Aften var Temp. 40,9°, ingen Kulderystelser. Hun fik en Morfininjektion, hvorefter rolig Sövn i 4 Timer, da hun pludselig Kl. 12 Nat blev meget dårlig; hun lå uden Bevidsthed, Öjnene halvt åbne, Pupillerne af normal Störrelse, reagerede hverken på Tiltale eller stimulantia (Äterinjektion), Ansigtsfarven bleg, cyanotisk, Respirationen overfladisk, uregelmässig, P. 136, lille, blöd, undulerende, Huden brändende, Tp. 43° (Afläsningen meget nöjagtig kontrolleret, og Termometret siden prövet, så der ikke kan väre Tvivl om Rigtigheden). Da Tilstanden forvärredes, aftoges Forbindingen, men Såret viste sig normalt, hvorfor det däkkedes med Jodoformcollodium. Underlivet blödt, slapt. Ingen trismus eller tetaniske Kramper. Der anbragtes 3 Isposer på Underlivet og et Par på Hovedet, for övrigt indpakkedes hun i kolde isede Lagener, der jävnlig skiftedes. Samtidig Stimulation med Äterinjektioner. 1 Time efter var Temp. 40°, Kl. 5 Morgen 39°. Om Morgenen d. 8de 2 Gange rigelig Åbning og 4 Gange Bräkning; i Löbet af Dagen begyndte hun at reagere lidt, svarede dog ikke på Tiltale. D. 8de om Aftenen var Temp. 38,1, P. 88. D. 9de begyndte hun at sige enkelte Ord, og de fölgende Dage vilde hun gärne tale, men kun de förste Ord vare forståelige, Sensoriet syntes dog frit. Også Extremiteternes Bevägelser vare ukoordinerede. Temp. var stadig over 38°, et Par Gange 40°, hvorfor hun fik Antipyrin, 2 Gram daglig. Der var dog langsom fremskridende Bedring, indtil hun d. 17de fik Sting i Brystet med Tegn på en krupös Pnevmoni, der også kunde påvises Dagen efter. Temp. steg efterhånden over 40°, Natten mellem d. 20de og 21de endog til 42,3. Hun döde d. 21de om Aftenen. Såret var imidlertid fuldständig helet under Jodoformskorpen, og abdomen havde holdt sig blödt, naturligt.

Ved Sektionen konstateredes Pnevmonien. Let Hyperämi af meninges, cerebrum i övrigt normal. Ingen peritonitis. Ingen Suppuration i Stilken eller Bugsåret.

Forf., der paralleliserer det med andre fra Literaturen hentede Tilfälde af stärk Temperaturstigning, opfatter det som et Tilfälde af excessiv höj aseptisk Sårfeber. *Jens Schou.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: CHR. JÜRGENSEN: Om nogle nyere Ködpeptonpräparater. — V. BENZON: Misbrug af Recepter på Opium og dets Präparater. — HOLM: Et Forslag. — WISSING: Kunne de dansk-vestindiske Öer, särlig S:t Thomas og S:t Croix, betragtes som brugelige Kursteder for Brystsvage?

CHR. JÜRGENSEN: **Om nogle nyere Ködpeptonpräparater.** (Kemmerichs og Kochs.) Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 197, 221.

J. anbefaler de oven nävnte Ködpeptonpräparater, grundet på, at deres Smag er bedre end de hidtil anvendte. Kemmerichs Pepton foreträkker han fremfor Kochs', da det holder sig bedre, har en behageligere Smag og lettere kan tåles. J. har anvendt bägge både som Ködsuppe og som Klyster. — Med Hensyn til de to Präparaters N-Indhold anförer J. forskellige Forsög, foretagne af PFEIFFER i Wiesbaden, der også er kommen til det Resultat, at Kemmerichs Peptonpräparat er det bedste. — Den kemiske Analyse viser, at Kemmerichs Präparat indeholder 8,0 % N, medens Kochs indeholder 4,5 % N, hvilke Tal J. dog ikke mener giver noget pålideligt Resultat, da Undersögelsesmetoderne ere noget forskellige for de to Peptoner. Efter en af J. foretagen Sammenstilling indeholder Kemmerichs Pepton 9,82 Gm N, og Kochs 8,87 Gm på 100 Gm Pepton. J. har ikke kunnet anvende mere end 100 Gm Pepton pr Dag, i Reglen kun 50, og deraf fölger, at selv den störst anvendelige Dosis kun kan däkke $\frac{1}{3}$ af det minimale N-Krav.

Med Hensyn til Bivirkninger foreligger der ingen Iagttagelser hos Mennesker, medens der hos Dyr ved Fodringsforsög med Pepton er iagttaget Virkninger, der minde om de narkotiske. — En Sammenligning af Priserne mellem disse Präparater og de hidtil anvendte viser, at hine er dyrere end disse. De kan altså anvendes som Hjälpemiddel ved Ernäringen hos ökonomisk velstillede, hvis Fordöjelse endnu til Dels fungerer; men i mange Tilfälde yder det ikke nogen väsentlig Fordel for sine billigere Konkurrenter, specielt Ködpulveret.

Buntzen.

V. BENZON: **Misbrug af Recepter på opium og dets Präparater.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 137.

B. meddeler et Exempel på, hvorledes Opiumspräparater expederes gentagne Gange på Apoteket til Trods for, at Recepten er påtegnet *ne reiteretur*, og foreslår det önskelige i strängere Bestemmelser angående Udleveringen af Opiumspräparater.

V. BUDDE (anf. St., S. 139) stötter oven nävnte Forslag under Henvisning til, at, jo större Vanskeligheder der stilles i Vejen for Misbrug, desto mindre vise disse sig, men tager Ordet for, at Publikum dog skal have Adgang til at få små Doser udleverede gentagne Gange efter samme Recept. B. mener, at sammensatte Forskrivninger, der indeholde indtil 25 Cgm opium, skulle väre fritagne for Indskränkningsbestemmelserne. *Buntzen.*

HOLM (Rnds Vedby): **Et Forslag.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 155.

H. gör opmärksom på, at det er den distribuerende Läges Pligt at forskrive al Medicin efter Recept og atter udlevere den til Patienterne efter Recepttaxt, men påviser, at derved mange Ting, som kunne fås i Håndköb, fordyres särdeles meget til Skade for ubemidlede Patienter. Han foreslår derfor, at det skal tillades de distribuerende Läger at erholde de nävnte og lignende Medikamenter til Håndköbspris, hvorved de atter kunne udleveres til samme Pris til Patienterne. H. mener, at Apotekerne ikke vilde tabe noget ved denne Ordning, da Forbruget vilde voxe betydeligt. *Buntzen.*

WISSING: **Kunne de dansk-vestindiske Öer, särlig S:t Thomas og S:t Croix, betragtes som brugelige Kursteder for brystsvage?** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 274.

Forf. påpeger, at Varmen i Vestindien i de 6—7 Sommermåneder jävnlig når 27° i Skyggen, og at denne stärke Varme sammen med den tunge og fugtige Luft medförer en stärk Transpiration og hurtig slöver Nervesystemet samt fremkalder formindsket Appetit og träg Fordöjelse. Forkölelser ere i Vestindien hyppige og nästen uundgåelige, Stövet er särdeles generende, og endelig ere Malariafebre hyppige og ondartede.

Denne Beskrivelse gälder väsentlig Byerne, medens de höjest beliggende Dele af Öerne frembyde gunstigere Vilkår; her er imidlertid ingen Indretninger til Bolig for Patienter.

Forf. anförer et Par Exempler på Patienter, hvis Ftise udviklede sig overordentlig hastigt, efter at de vare komne til Vestindien, og nävner endelig, at Ftise også blandt den sorts Befolkning er meget hyppig. *F. Levison.*

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: Medicinsk Årsskrift, 1ste Årg. — A. Sell: Åbent Svar til Hr D:r med. Jul. Petersen. — A. Sell: Vi Läger. Et Indläg mod Materialismen i Livet og Videnskaben. — Selskabet for Sundhedsplejen. — H. R. Magnus og Sophus Möller: Håndbog for Distriktsläger. — S. B. Fangel: Patientvejviser, en Håndbog for syge og disses pårörende samt särlig for Läger, Byråd, Sogneråd m. fl. — Emil Madsen: Medicinalberetning fra Kongeriget Danmark for 1878.
» » » » » » » 1879.
» » » » » » » 1880.
— Lägevagtstationer i Köbenhavn. — T. M. Trautner: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn. — Biering: Forhandlinger om Tilsyn med Plejebörn. — D.: Er det tilrådeligt, at en Jordemoder, der lider af konstitutionel Syfilis, vedbliver at praktisere? — S. Engelsted: Praktiske Bemärkninger om syfilitiske Jordemödre. — D.: Syfilitiske Jordemödres Praxis. — Marcus Rubin: Prostitutionen i Köbenhavn. — O. M. Giersing: Kampen for og imod den offentlige Prostitution fra et hygiejnisk Standpunkt. — V. Budde: Prostitutionsspörgsmålet. — P. O. Boisen: Endnu et Par Ord om Prostitutionsspörgsmålet. — H. P. Örum: Desinfektionsforsög med Ozon. — J. G. Ditlevsen: Om Vandundersögelsen og dens Betydning for Sundhedsplejen. — J. Carlsen: Vandfiltrene for Experimental-Videnskabens Domstol. — E. Almquist: Om Göteborgs nya epidemisjukhus. — M. Rubin: Tabelvärk til Köbenhavns Statistik N:r 8. — Th. Sörensen: Forskellen på Dödeligheden hos vor By- og Landbefolkning. — Th. Sörensen: Statistik over Ulykkestilfälde. — Dan. Cold: Er den danske Landbefolknings almindelige Helbredstilstand aftagen i de senere Decennier, og kan der i bekräftende Fald påvises Grunde til at forklare dette Forhold? — Henrik Selmer: Animal Vakcination. — C. A. Hansen: Epidemiologiske Undersögelser angående Koldfeberen i Danmark.

Medicinsk Årsskrift. 1ste Årgang. Köbenhavn 1887. 401 S.

Dette periodiske Skrift, der vil udkomme en Gang årlig (i April), har til Formål at yde »de praktiske Läger, der ikke have Tid og Lejlighed til at fölge med i Special-Literaturen, en let tilgängelig Oversigt over, hvad der i Årets Löb er kommet frem af nyt, som antages at kunne have praktisk Betydning, tillige med Anvisning på, hvor nöjere Oplysning om de omhandlede Spörgsmål kan fås».

Den foreliggende Årgang behandler: Medicin, Nervesygdomme, Börnesygdomme, Syfilis, Hudsygdomme, Kirurgi, Öre-, Näse-, Svälg- og Strubesygdomme, Öjets Sygdomme, Obstetrik og Gynäkologi, Ortopädi, Hygiejne, ved de resp. Forfattere: Mygge, A. Friedenreich, E. Israel, N. Holm, A. Paulsen, J. Bondesen, E. Schmiegelow, A. Holmer og H. Philipsen, F. Levy, E. Ipsen, V. Budde.

Jul. Petersen.

A. Sell: **Åbent Svar til Hr D:r med. Jul. Petersen.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 69.

I dette 113 Sider omfattende Stridsskrift bryder Forf. med lidenskabelig Retorik Staven over den altfor materialistiske Retning, der efter hans Mening for Öjeblikket er rådende som i Livet og Vi-

denskaben i det hele således også ganske särlig i Lägevidenskaben, der »nu opfattes således, at den er en Del af Naturvidenskaben, hvis studium gälder det menneskelige Legeme, hvis Mål er en materialistisk Livsanskuelses Dannelse og Udförelse, og hvor sunde og syge Mennesker afgive Midlerne til Arbejdet for dette Mål». I Modsätning hertil betragter Forf. Videnskaben kun som Middel og söger Målet i en på kristeligt Grundlag udviklet Läge*kunst*. Kunsten skal hovedsagelig bestå i, »at der i alt arbejdes i Kärlighed». *Jul. Petersen.*

A. SELL: **Vi Läger.** Et Indläg mod Materialismen i Livet og Videnskaben. Köbenhavn 1886.

Indeholder en Imödegåelse af nogle Bemärkninger i en Anmäldelse af forannävnte Skrift. *Jul. Petersen.*

Selskabet for Sundhedsplejen. Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 333.

Dette Selskab har efter Dröftelse i et Par Möder vedtaget og til Kirke- og Undervisningsministeriet indgivet en Adresse, hvori Ministeriet anmodes om at ville foranledige, at Sundhedsplejen optages som Lärefag i Skolerne. *Joh. Möller.*

H. R. MAGNUS og SOPHUS MÖLLER: **Håndbog for Distriktsläger.** Köbenhavn 1886. 152 S.

En systematisk Fremstilling af de i Fölge den danske Medicinallovgivning en Distriktsläge påhvilende Forretninger, Pligter og Rettigheder, med Henvisning til de pågäldende Love og Anordninger, Resolutioner, Instruxer o. s. v. *Joh. Möller.*

S. B. FANGEL: **Patientvejviser, en Håndbog for syge og disses pårörende samt särlig for Läger, Byråd, Sogneråd m. fl.** 1ste Häfte. Köbenhavn 1887. 118 S.

Indeholder Meddelelser om Fremgangsmåden ved Henvisning af Patienter til forskellige Hospitaler og lignende Institutioner, samt Oplysninger om disses Organisation, Bestyrelser m. m.

Emil Madsen.

EMIL MADSEN: **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1878.** Köbenhavn 1887. 252 S.

» » **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1879.** Köbenhavn 1887. 212 S.

» » **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1880.** Köbenhavn 1887. 234 S.

Bearbejdelse af Lägernes obligatoriske Medicinalberetninger, hovedsagelig omhandlende det pågäldende Års Morbilitetsforhold (tidligere udkommet som 2 Afdeling af det kongelige Sundhedskollegiums Årsberetning for det påfölgende År, siden 1877 särskilt udkommet).

Året *1878* synes med Hensyn til Sygelighed og Dödelighed at have väret et Gennemsnitsår. *Kolera* er ikke optrådt i Landet, *variola* kun med 19 Tilfälde i Köbenhavn og Nordsjälland; *morbilli* ret udbredt i Östjylland, *scarlatina* i Sydsjälland og det nordöstlige Jylland. *Difteri* viste större Frekvens end i de foregående År. *Kolerine* meget fremträdende. *Febr. puerperalis* omtrent af samme ringe Udbredelse som i 1877. *Koldfeberen* stadig aftagende i Hyppighed. Enkelte Tilfälde af epidemisk *cerebrospinalmeningitis* på Öerne. Af *veneriske Sygdomme* viste Gonorré sig i Tiltagen, ulc. vener. i stärk Aftagen, Syfilis omtr. af uforandret Hyppighed.

I *1879* var det anmäldte Antal epidemiske Sygdomme betydelig större end det foregående År. *Kolera* ikke optrådt, af *Kopper* kun få Tilfälde. *Morbilli* havde isär på Själland en usädvanlig Udbredelse. *Difteri*, *Krup* og *tuss. conv.* i Tiltagen, ligeledes *bronchitis*, *influenza* og *Pnevmoni*. Af epidemisk *cerebrospinalmeningitis* omtales et Par Tilfälde. De *veneriske Sygdomme* alle noget tiltagne i Hyppighed.

Sygeligheden i *1880* noget större end gennemsnitlig, navnlig i det sydlige Jylland og på Öerne. 41 Tilf. af *variola*. *Morbilli* meget udbredte på Själland og Fyen. *Difteri* og *Krup* forekomme med stadig stigende Hyppighed. *Tuss. conv.* meget udbredt i Sydjylland og på Öerne (Fyen undtagen). *Febr. typh.* (& gastr.) herskede i forholdsvis stor Udsträkning. *Febr. puerp.* lidt hyppigere end de foregående År. *Bronchitis* mindre hyppig, *Pnevmoni* noget hyppigere end i 1879. Alle *veneriske Sygdomme* anmäldtes i noget större Antal end Året forud. *Emil Madsen.*

Lägevagtstationer i Köbenhavn. Ugeskrift f. Läger, R. 4, Bd 15, S. 96.

Meddelelse om en Diskussion angående Sagen om Lägevagtstationer i Köbenhavn (se Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 13, S. 39) i et Möde af Lägeforeningen for Köbenhavn og Omegn, der udtalte sin Tilslutning til Måden, hvorpå det nedsatte Udvalg fremmede Sagen.

Joh. Möller.

T. M. TRAUTNER: **Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn,** afgiven d. 26 September 1886.

I Danmark fandtes ved ovenstående Beretnings Afgivelse 30 Sygeplejeforeninger i 28 Byer (til Dels også virkende på Landet) med 46 Sygeplejersker, samt 28 Sygeplejeforeninger på Landet med 35 Sygeplejersker. *Joh. Möller.*

BIERING: **Forhandlinger om Tilsyn med Plejebörn.** Ugeskrift f. Läger, R. 4, Bd 15, S. 13.

Lige over for en Artikel i »Nationaltidende» hävder Forf. sin tidligere i Ugeskrift for Läger (se Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 13, S. 39) fremsatte Anskuelse om Nödvendigheden af, at der ved späde

Börns Anbringelse i Pleje benyttes Bistand ved Läger som de rette sagkyndige. *Joh. Möller.*

D.: **Er det tilrådeligt, at en Jordemoder, der lider af konst. Syfilis, vedbliver at praktisere?** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 278 (med Redaktionens Bemärkninger).

S. ENGELSTED: **Praktiske Bemärkninger om syfilitiske Jordemödre.** A. St., S. 313.

D.: **Syfilitiske Jordemödres Praxis.** A. St., S. 381.

Under Hensyn til, at visse sekundäre syfilitiske Tilfälde kunne väre meget vanskelige at opdage, og at en syfilitisk Person kan smitte, uden at kliniske Symptomer ere tilstede, mener D., at det under alle Omständigheder er utilrådeligt at lade en syfilitisk Jordemoder praktisere. — ENGELSTED mener dog, at man kan lade en syfilitisk Jordemoder, der efter endt Kur på et Hospital ikke mere frembyder noget syfilitisk Symptom, praktisere, såfremt hun i längere Tid er under stadigt Tilsyn af en Läge, i det Overförelsen af Smitte ved Jordemödre väsentlig sker ved Händerne, hvor de sekundäre Tilfälde ere själdne og let opdages; et Forbud mod Praxis, f. Ex. i 2 År, vilde desuden, når Jordemoderen for at erhverve sit Bröd sögte anden Livsvirksomhed, som at sätte Blodkopper og Lavementer, tage Börn i Pleje o. s. v., let kunne medföre stor Fare for Smitte ad anden Vej, f. Ex. ved Munden. *Joh. Möller.*

MARCUS RUBIN: **Prostitutionen i Köbenhavn.** National-ökonomisk Tidsskrift 1887, S. 32.

Forf. har leveret en Samling af interessanta statistiske data, uddragne af Politiets Protokoller og af Hospitalsberetninger (R. BERGH). Prostitutionen rekruteres i Köbenhavn (som andensteds) dels ved Fruentimmer, som efter forhen at have väret indskrevne, og efter at have väret udslettede, atter indskrives; dels ved Fruentimmer, som förste Gang indskrives. Det viser sig, at den sidste Klasse År for År formindskes, og Prostitutions-Spörgsmålet vilde, dersom denne stadige Nedgang (fra 1876 til 1885) i den årlige Nytilväxt kunde blive ved, derigennem finde sin naturlige Lösning. I Tidsrummet fra 1876 til 1885 er Skögernes Antal imidlertid dog steget fra 457 til 570, og det viser sig derfor, som det altså också måtte väre at vänte, at en Del af dem har fungeret i en Årräkke, 11 % i 10—15 År, 4 % i 15—20, 1½ % i 20—25 og andre 1½ % i mere end 25 År. Muligvis står denne Fruentimmerklasses Udholdenhed i dette Liv i Forbindelse dermed, at en stor Mängde af disse Individer (i 1885 61,7 %) bo privat og ikke före det nedbrydende bordellerede Liv. Mere end 1 % af köbenhavnske Fruentimmer mellem 20 og 30 År ernärer sig som Sköger; ikke desto mindre förefalder Ägteskab i denne Klasse ikke stort mindre hyppigt end i andre (3 imod 3½ %). Den gennemsnitlige Alder for Indskrivningen er omtr. 22 År. Forf. betoner det, at en såre stor Del af de offentlige Fruentimmer have väret uägte Börn; fremdeles det, at mere end ¼ af det samlede Antal af disse Fruen-

timmer ere indvandrede i en Alder af 14 År og derover og inden 5 År ere blevne indskrevne som Sköger; ydermere, at ⅗ af de indskrevne i Indskrivningens Öjeblik have väret uden Erhverv. Her findes den ejendommelige Oplysning, at 8,2 % ere udgåede direkte fra Forâldrenes Hjem, og Halvdelen af disse Individer vare under 20 År. Omtrent ⅐ af det hele Antal af offentlige Fruentimmer har väret Fabrikarbejdersker. Af de 570 offentlige Fruentimmer (i det sidste År) have de 36 väret under religiöse Foreningers Forsorg; de 142 havde väret i Konflikt med andre Paragrafer i Straffeloven end Sädelighedskapitlerne för deres Indskrivning. Dödelighedskvotienten mellem de offentlige Fruentimmer (1 %) synes nästen ikke väsentligt större end i andre Klasser. *R. Bergh.*

O. M. GIERSING: **Kampen for og imod den offentlige Prostitution fra et hygiejnisk Standpunkt.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 57.

V. BUDDE: **Prostitutionsspörgsmålet.** A. St., S. 81, 105.

P. O. BOISEN: **Endnu et Par Ord om Prostitutionsspörgsmålet.** A. St., S. 175.

GIERSING har fra den nyere Literatur samlet forskellige Meddelelser, som skulle bevise Utilsträkkeligheden af Foranstaltninger til Kontrol med Prostitutionen, navnlig Upålideligheden af Skögernes Visitation, ligesom han söger at godtgöre, at Syfilis väsentlig udbredes fra avtoriserede og visiterede Kvinder, mindre fra Smugsköger.

Den Måde, hvorpå G. har benyttet de i Literaturen fundne Meddelelser, så vel som Grundlaget for de af ham fremsatte Påstande, gör BUDDE til Genstand for en skarp Kritik, i det han mod de af G. opstillede Sätninger hävder, at Visitationen af Skögerne, foretagen af kyndige og övede Läger, giver lige så pålidelige Resultater som de fleste andre kliniske Undersögelsesmetoder, på hvilke Lägen baserer sin Diagnose og Terapi, og på hvilke Staten og private Selskaber basere Ordningen af en Räkke ökonomiske og sociale Forhold, samt at Syfilis väsentligst udbredes ved den hemmelige, ukontrollerede Prostitution.

BOISEN meddeler sine Erfaringer som Stadsläge i Aalborg om de veneriske Tilfäldes Hyppighed för og efter det der värende Bordels Lukning, og finder i disse Erfaringer Bestyrkelse på sin tidligere udtalte Mening, at i alt Fald i mindre Byer Bordeller virke skadelig; men i övrigt holder han både på Polititilsyn og Visitation.

Joh. Möller.

H. P. ÖRUM: **Desinfektionsforsög med Ozon.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 169.

Forsögene anstilledes med POULSENS »*Ozongenerator*», en Glasklokke, hvori udvikledes Ozon dels ved langsom Iltning af Fosfor, dels ved en Blanding af Svovlsyre og overmangansurt Kali; Mängden af den i 24 Timer ved 15—20° C. udviklede Ozon var 0,00044 Gm, hvilket udgjorde omtr. 0,015 %, ved nogle Forsög henimod 0,030 %, af den i Klokken indesluttede Luft, der herved på Grund af den

stärke Lugt blev irrespirabel og i kort Tid afblegede Plantefarver. Der indbragtes i Klokken Renkulturer af forskellige Skimmel- og Gärsvampe, samt af Bakterier, så vel patogene som ikke patogene, og det viste sig da, at samtlige Kulturers Växt, selv ved 8 til 10 Dages Ophold i den ozonrige Luft, i enhver Henseende forholdt sig som de tilsvarende Kontrolkulturers. Ozonet kan altså ikke anvendes som et almindeligt desinficerende Middel. Derimod kan der vel tilkomme det hygiejnisk Betydning ved at dekomponere sådanne for Sundheden skadelige Luftarter (Ammoniak, Svovlbrinte o. fl.), der dannes ved Forrådnelse og visse industrielle Virksomheder. *Joh. Möller.*

J. G. DITLEVSEN: **Om Vandundersögelsen og dens Betydning for Sundhedsplejen.** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 281.

Efter at have anfört forskellige Erfaringer, der godtgöre, at Drikkevand kan forårsage Sygdom, behandler Forf. dernäst Spörgsmålet om, hvilke Bestanddele i Vandet der kan komme i Betragtning ved Bedömmelsen af Vandets Betydning for Sundhedsplejen. og gör udförlig Rede for flere nyere Undersögelser over dette Ämne (i Zeitschrift für Hygiene af HERÄUS, BOLTON, WOLFFHÜGEL og RIEDEL). Forf. advarer mod en ensidig Anvendelse af en enkelt Undersögelsesmetode (kemisk, mikroskopisk eller bakterioskopisk Analyse) og fremhäver, at, når man vil fälde en Dom om en given Vandpröves hygiejniske Betydning, må man undersöge så vel dens kemiske som dens mikroskopiske Indhold, men dernäst også Beholderen, dens Omgivelser og dens Isolation fra disse, endelig Vandets Temperatur og Forbruget af det. Forf. giver en detaljeret Fremstilling af Betydningen af det ved de forskellige Undersögelser fundne samt fremsätter i det enkelte de Fordringer, der må stilles til Vandundersögelsen, for at den kan siges at blive udfört så fyldig som muligt. *Joh. Möller.*

J. CARLSEN: **Vandfiltrene for Experimentalvidenskabens Domstol.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 156.

Forf. henleder Opmärksomheden på den ved forskellige Vandfiltre påviste Fare, der ligger i Udviklingen af Mikroorganismer i selve Filtrene, således at der efter nogen Tids Brug endog findes flere Bakterier i Vandet efter end för Filtreringen. *Joh. Möller.*

E. ALMQUIST: **Om Göteborgs nya epidemisjukhus.** Eira 1887, s. 57.

Byggnadskomplexen utgöres af, förutom portvaktstuga, stall, afträdes- och likhus, 7 större byggnader, af hvilka 4 afse den egentliga sjukvården, 1 »friskpaviljong», som tjänar till härberge för friska personer, hvilkas bostäder desinficeras, 1 för kök, administrations- och bostadslokaler samt 1 för tvätt- och desinfektionsanstalt. Af de 4 sjukpaviljongerna äro 2 stora, fullkomligt lika, afdelade hvardera genom en skiljemur, som tillåter en fullständig isolering af de båda hälfterna och afsedda således att vid behof upptaga patienter med 4 olika infektionssjukdomar. Hvarje hälft innehåller, förutom sköterskerum, teökök,

klosetter och badrum, 2 större sjuksalar och ett enskildt rum med tillsammans 17 sängar. En paviljong, som ligger på något afstånd från de förra och skild från dessa genom en bergvägg, är särskildt afsedd för koppsjuka med 20 sängar. Den fjärde paviljongen, som äfvenledes genom en skiljemur är afdelad i två från hvarandra isolerbara hälfter, innehåller 6 sjukrum, hvardera med 1 säng, samt sköterskebadrum o. s. v. och är afsedd till observationspaviljong för sådana patienter, hvilkas sjukdoms natur vid intagandet ej kan säkert bestämmas eller för enstaka fall af någon eljes i staden förekommande smittosjukdom. Sammanlagdt har sjukhuset således att disponera öfver 94 sjuksängar förutom 20 i den s. k. »friskpaviljongen», som äfven är ämnad att inhysa konvalescenter på tider, då den för förut nämnda ändamål ej är behöflig. Denna liksom kopphuset äro träbyggnader, de öfriga husen äro uppförda af sten. — Ventilation och uppvärmning af de stora paviljongerna sker medelst mantelugnar, som eldas i källaren under hvarje sjuksal. Den skämda luften ledes genom kanaler ned i källaren och in i skorstenen, hvarförutom medelst takryttare luften i salarna hastigt kan evakueras. Luftomsättningen är beräknad till minst 3 gånger rummets volum i timmen. Utrymmet i dessa paviljonger är för hvar sjuksäng 1,100 kub.fot med 70 kv.fots golfyta. — Sammanbygd med tvätthuset är desinfektionsanstalten, som är inrättad för strömmande vattenånga. — Kostnaden för hela sjukvårdsanstalten med planering af platsen, väganläggningar, dräneringsarbeten m. m. uppgår till 279,300 kronor. Härtill kommer ett belopp af 25,000 kr., utgörande kostnaden för de 2 träpaviljongerna, hvilka, ursprungligen uppförda på det forna epidemisjukhusets tomt, blifvit hit förflyttade, hvadan således kostnaden för hvarje sjuksäng uppgår till inemot 2,800 kr. — Planen till sjukanstalten är uppgjord af nu mera aflidne förste stadsläkaren, medicinalrådet A. Kullberg i förening med arkitekten Adrian Peterson, anordningarna för luftväxling och uppvärmning samt desinfektionsanstalten äro utförda efter danske ventilationsingeniören Chr. Ramsings plan. *E. Heyman.*

M. RUBIN: **Tabelvärk til Köbenhavns Statistik N:r 8.** Köbenhavn 1886. 108 S. 4to.

Detaljeret Redegörelse for Befolkningsforhold, Ind- og Udvandring i Köbenhavn og Nabokommuner på Grundlag af en d. 1 Febr. 1885 afholdt Folketälling. — Köbenhavns Indvånerantal udgjorde 280054.

Emil Madsen.

TH. SÖRENSEN: **Forskellen på Dödeligheden hos vor By- og Landbefolkning.** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 255.

Forf. söger ad statistisk Vej at efterforske Årsagerne til Köbenhavns större relative Dödelighed i Sammenligning med Provinsbyer og Landdistrikter i Danmark. Köbenhavns större Mortalitet falder isär på det mandlige Kön, for hvilket Aldersklasserne under 5 År og mellem 35 og 65 År frembyder en 100 % större Dödelighed end de tilsvarende Aldersklasser i Landsognene og 30—50 % större end i

Provinsköbstäderne. Medens Kvindekönnet i Aldersklasserne under 5 År ligeledes for Københavns Vedkommende frembyder en nästen dobbelt så stor Dödelighed som i Köbstäder og Landsogne, andrager Overvägten i de äldre Aldersklasser hos dette Kön for Köbenhavns Vedkommende kun omtr. 25 %. Imellem Dödeligheden hos Kvinder i Provinsbyer og Landsogne lader der sig ikke påvise nogen väsentlig Forskel.

Om Dödeligheden ved Drankersygdomme, Selvmord og Ulykkestilfälde skulde bidrage väsentligt til den for Köbenhavn påviste Overvägt, hvad Forf. ikke er tilböjelig til at antage, lader sig ikke med Sikkerhed afgöre på Grundlag af det forhåndenvärende Materiale.

Ved Sondring af Dödeligheden på forskellige Samfundsklasser, kommer Forf. til den Slutning, at Mandkönnets Dödelighedsovervägt i Köbenhavn lige over for Köbstäderne nästen udelukkende falder på den köbenhavnske Arbejderbefolkning, lige over for Köbstäderne tillige på de mellemste Samfundslag. Hvad Kvindekönnet angår, falder den i Köbenhavn påviste Dödelighedsovervägt så godt som udelukkende på Arbejderbefolkningen. — I Aldersklassen under 5 År viser det sig, at Dödelighedsforskellen mellem Köbenhavn på den ene Side og Köbstäder og Landsogne på den anden Side for störste Delen, og mellem Köbstäder på den ene Side og Landsogne på den anden Side nästen udelukkende må tilskrives den större Mortalitet blandt uägte Börn. — For de äldre Aldersklassers Vedkommende (35—65 År) påvises det derefter, at Köbenhavns Mortalitetsoverskud hos Mänd for Halvdelens Vedkommende og hos Kvinder for de to Tredjedeles Vedkommende skyldes en större Dödelighed af epidemiske og af tuberkulöse Sygdomme.

Emil Madsen.

TH. SÖRENSEN: **Statistik over Ulykkestilfälde ved Maskiner.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 265, 289.

På Grundlag dels af det ved Forhandlingerne om forebyggende Foranstaltninger mod Maskinläsioner benyttede Materiale, dels navnlig af det af »Ulykkesforsikringskommissionen» tilvejebragte Materiale beregner Forf. med fornödent Forbehold, for så vidt angår det benyttede Materiales mindre pålidelige Beskaffenhed, at der som en Fölge af Maskinläsioner under Arbejdet på Håndvärkere, industrielle Arbejdere, Tjänestefolk og Daglejere i Danmark (med den til Begyndelsen af 1885 kalkulerede Befolkning) falder mellem 17 og 27 Dödsfald årlig og mellem 76 og 91 Invaliditetstilfälde årlig (eller hvis der gives Invaliditetsbegrebet en snävrere Definition, höjst 56 Invaliditetstilfälde årlig).

Emil Madsen.

DAN. COLD: **Er den danske Landbefolknings almindelige Helbredstilstand aftagen i de senere Decennier, og kan der i bekräftende Fald påvises Grunde til at forklare dette Forhold?** Hygiejniske Meddelelser, R. 3, Bd 3, S. 338.

Det förste Spörgsmål besvarer Forf. bekräftende, navnlig i Henhold til sine Erfaringer som Eneläge i et Tidsrum af henved 27 År i den samme Egn (Frederiksvärk); navnlig er Forf. overbevist om, at Sygdomme, der afhänge af en mangelfuld Ernäring (Blegsot, Blodfattigdom, Tuberkulose, Kertelsygdom, Mavekatarr o. l.) og af et sväkket Nervesystem (nervöse og hysteriske Sygdomme og vel også Sindslidelser), ere tiltagne. Som medvirkende Årsager til dette Forhold omtaler Forf. Klädedragten (tyndere og finere Stoffer), Näringsmidlerne (dårligere Bröd, Öl, Mälk og Ost, — navnlig Brändevinsdrikken); men han söger dog Hovedgrunden deri, at i de sidste Par Menneskealdere nå flere og flere svagelige Individer den könsmodne Alder, gifte sig og avle Börn, der arve Svagheder fra bägge Foräldre og före disse videre. *Joh. Möller.*

HENRIK SELMER: **Animal Vakcination.** Köbenhavn 1887. 48 S.

En Meddelelse om Udfaldet af en Räkke i November 1886 af den kongl. Vakcinationsanstalt i Köbenhavn på Veterinär- og Landbohöjskolen sammesteds anstillede Forsög med Tilvirkning af animal Vakcine. Til Indpodning på den förste Kalv benyttedes en af D:r VOIGT i Hamborg leveret Vakcine-Emulsion, en Variola-Vakcine, der siden Foråret 1881 var bleven dyrket fra Kalv til Kalv i det hamborgske Institut. Af den indpodede Kalvs Pustler fremstilledes Vakcineemulsion ved en langvarig Udsivning af Pustlernes Väv og Lymfe med Tymol-Glycerin (1 : 1000); Fremgangsmåden så vel ved Indpodningen som ved Indhöstningen beskrives omständelig. Med den fra den först indpodede Kalv höstede Vakcine indpodedes en anden, fra denne en tredje, og fra denne endnu en fjärde Kalv; foruden Vakcine til Forplantelse på den näste Kalv indvandtes Emulsion til Vakcination af henholdsvis omtr. 200, 600, 500 og (fra den sidste Kalv) 1000 Personer. Om Udfaldet af de forskellige Grupper af disse Vakcinationer berettes udförlig; i alt gave af de 203 Indpodninger, hvis Resultat kendes, 179 (d. e. 88 %) et positivt, 24 et negativt Resultat; af 1244 anbragte Rids dannede 831, d. e. 66,8 %, Pustler; ved 341 Revakcinationer var Resultatet positivt hos 209, d. e. 61,3 %. At Udfaldet var ringere, end hvad der er opnået andensteds, forklarer Forf. af forskellige Forhold, således Mangel på Övelse ved den nye Metodes Anvendelse, for länge henliggende Vakcineemulsion (af 36 Indpodninger, udförte på den kongl. Vakcinationsanstalt, gave samtlige positivt Resultat med Undtagelse af 7, der foretoges med 11 og 14 Uger gammel Vakcineemulsion, hvorimod en sådan, der forsendtes til Vestindien og Färöerne, gav, henholdsvis 51 og 65 Dage gammel, positivt Resultat hos samtlige 6 dermed indpodede Börn). I adskillige Tilfälde fremkom der omkring Snittene en ikke ubetydelig erysipelatös Rödme og Svulst med Feber og til Dels Axillärkirtelsvulster

(hvilke Tilfälde dog hurtig tabte sig uden Fölger), en Udvikling, der efter Forf. ganske svarer til Beskrivelser af Vakcinens typiske Forlöb fra tidligere Tider (f. Ex. til SACCOS af 1809), medens Flertallet af de ved den humaniserede Lymfe frembragte Pustler nu medföre en langt svagere Reaktion. Forf. ser i den mere udtalte Betändelse, der ledsager Indpodninger med den animale Vakcine, et Vidnesbyrd om en större Livskraft hos denne end hos den nuvärende degenererede Vakcine. *Joh. Möller.*

C. A. HANSEN: **Epidemiologiske Undersögelser angående Koldfeberen i Danmark.** Köbenhavn 1886. 212 S.

På Grundlag dels af Beretninger om Koldfeberepidemierne 1825—34, dels af utrykte Beretninger om Koldfeberens Forekomst i Lolland-Falsters Fysikat i Årene 1878—83, men navnlig af det kongl. Sundhedskollegiums trykte Årsberetning for Årene 1842—1877 har Forf. undersögt Koldfeberens Opträden i Danmark og särlig i Lolland-Falsters Fysikat, hvor den spiller en betydelig större Rolle end i det övrige Kongerige. Siden 1862 have de årlige Medicinalberetninger väret belagte med skematiske Sygelister, og det samlede statistiske Materiale, hvorover Forf. råder, andrager (Danmark 1862—77 + Loll.-Falster 1878—83) 136258 Tilfälde.

Efter en Indledning om Koldfeberens Ätiologi behandles Sygdommens Fordeling på de enkelte Landsdele (fysikatvis). Koldfeberen opträder så vel i Köbenhavn som i samtlige 11 Fysikater — på Bornholm, som danner et eget Fysikat, dog kun meget sparsomt. — I Lolland-Falsters Fysikat, af hvilket der gives en udförlig topografisk Skildring, forekom Sygdommen i Årene 1862—83 med en Gennemsnitsstyrke af 15,2 Tilfälde årlig på 1000 Indbyggere (Saxköbing Lägedistrikt 20,8, Maribo Lägedistr. 18,7, Nakskov Lägedistr. 15,9, Nyköbing Lägedistr. 10,8, Stubbeköbing Lägedistr. 10,5, Fejö Lägedistr. 6,5).

Forf. undersöger närmere Forholdene i de enkelte Lägedistrikter, Sygdommens Opträden i särlig epidemiske År (1862 & 1873) og påviser derefter gennem en detaljeret Fremstilling af Sygdommens Forekomst i de enkelte Sogne i Årene 1879—83, at Koldfebermorbiliteten står i omvendt Forhold til Terränhöjden. Blandt samtlige epidemiske Sygdomme i Lolland-Falsters Fysikat spiller Koldfeberen, näst efter Bronkiten, den mest fremträdende Rolle.

Hvad angår de övrige Fysikater, frembyder Själlands söndre Fysikat for Årene 1862—77 en Koldfebermorbilitet af 7,4 p. m., Aarhus & Randers Amters Fysikat 5,1 p. m., Fyens Fysikat 4,8 p. m., Själlands nordre Fysikat 4,4 p. m., Ribe Fysikat 3,5 p. m., Köbenhavn 3,2 p. m., Vejle-Skanderborg Fysikat 3,2 p. m., Viborg-Thisted Amters Fysikat 2,6 p. m., Ringköbing Fysikat 2,0 p. m., Aalborg-Hjöring Fysikat 1,3 p. m., Bornholms Fysikat 0,4 p. m. — For samtlige Fysikaters Vedkommende undersöger Forf. Forholdene i Epidemiårene 1862 (i hvilket en almindelig epidemisk Indflydelse antages at have gjort sig gäldende over hele Landet) og 1873 (for hvis Vedkommende

den stärke Forögelse af Sygdomsprocenten tilskrives Stormfloden i 1872). — Af Resultatet af en Sammenstilling af de forskellige Landsdeles Jordbundsforhold med Koldfebermorbiliteten drager Forf. den Slutning, at en lavt liggende, fugtig og lerholdig Jordbund afgiver det gunstigste Substrat for Koldfebermiasmet.

Efter i et fölgende Kapitel at have behandlet Koldfeberens Fordeling på Köbstäder og Landdistrikter (Sygdomskvotienten for Köbstäder 5,6, for Landdistrikter 3,4 og for Köbenhavn 2,1), på Kön (bägge Kön angribes i Danmark omtrent med lige stor Hyppighed) og Alder (Barnealderen navnlig Alderklassen 1—5 År afgiver det forholdsvis störste Kontingent), går Forf. over til at afhandle Sygdommens Fordeling på Tid og kommer ved Sammenstilling af de i Literaturen foreliggende Opgivelser til det almindelige Resultat, at Koldfeberfrekvensen i hele Skandinavien viser Fluktuationer, der afhänge af Sommervarmen og löbe parallelt dermed. — Den månedlige Fordeling i Danmark viser et konstant maximum i Maj og minimum i December (resp. 24030 og 4518 af 129002 indregistrerede Tilfälde): så vel maximum som minimum findes mindst udtalt i det egentlige Malariagebet — Lolland-Falster —, stärkest udtalt i Jylland, särlig Viborg-Thisted Fysikat.

Bogens sidste Del indeholder Undersögelse af Nedbörens og Varmens Betydning for Koldfebertilfäldenes Fordeling efter Tid i Danmark (sammenlignet med BERGMANNS Opgivelser for Sverigs Vedkommende).

Forf. er ikke tilböjelig til at anerkende den af BERGMANN antagne Betydning af Nedbör og Vandstand, men finder derimod i fuldkommen Overensstemmelse med B. et konstant Forhold mellem Koldfeberkurvens Svingninger og Sommerens Middeltemperatur, således at Koldfeberperioderne regelmässig forudgås af et År, hvis Sommervarme overstiger 18° C. (dog at Feberfrekvensens Stigning for Danmarks Vedkommende först indträder i det påfölgende År), og slutte med et År, hvis Sommervarme er under 15° C. *Emil Madsen.*

Berättelser från sjukvårdsanstalter: V. BIRKEROD: Nyborgs civile Sygehus 1886. — A. FRIEDENREICH: Årsberetning fra Frk. Lunds Pensionat for Sindssyge og Nervepatienter. — KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1866.

V. BIRKEROD: **Nyborg civile Sygehus 1866.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 207.

Sygehuset i Nyborg har 30 Sygesänge. — I Löbet af 1886 behandledes 144 Patienter, af hvilke 15 döde. Sygedagenes Antal var 4141, den daglige Middelbelägning 10,4. — Af större Operationer nävnes bl. a. amput. ped. a. m. Pirogoff 1, amp. crur. 1, amp. antibrachii 1, enterotomia 1. — To Tilfälde af Miltbrand omtales närmere.

Emil Madsen.

A. FRIEDENREICH: **Årsberetning fra Frk. Lunds Pensionat for Sindssyge og Nervepatienter.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 4, S. 56.

En kort Beskrivelse af det nävnte Etablissement og Beretning om de i det forlöbne År behandlede Patienter.

Friedenreich.

KLEE: **Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1886.** Köbenhavn 1887. 20 S.

Forf. giver en Beskrivelse af Anstaltens Kurmidler, som dels bestå i Koldtvands- og varme Bade, dels en Järnkilde, hvis Vandinde holder 0,192 kulsurt Järnforilte i 10000 Dele Vand. End videre er anvendt elektriske Bade, Massage og Sygegymnastik.

111 Kurgäster ere underkastede Behandling i Anstalten. Beretningen indeholder Oplysning om Resultaterne af Kuren, ligesom der gives udförligere Meddelelser om enkelte Patienter. Det synes efter disse, som om navnlig revmatiske Lidelser og recidiverende Öjenaffektioner ere behandlede med Held. Anämi synes også at afgive et godt Felt for Badekuren.

F. Levison.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiés au

Tome XIX, N:os 15 à 19.

N:o 15.

A. KEY-ÅBERG: **Contributions à la connaissance de l'importance de l'Endartérite chronique comme cause de mort subite.**

L'ouvrage actuel, dans lequel la notion de mort subite est examinée au point de vue de la *médecine légale*, comprend trois sections.

La première, qui constitue une espèce d'introduction, traite succinctement les différences de la notion de mort subite au point de vue de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale; l'auteur y signale l'importance qu'il y a spécialement pour le médecin légiste à connaître dans la plus vaste extension possible celles des altérations anatomiques de l'organisme humain qui, suivant l'expérience, ont le pouvoir d'apporter subitement une limite à la vie, et il termine cette section par un aperçu historique, remontant à la statistique connue de FERRARIO (1834), des opinions qui se sont fait valoir jusqu'à nos jours sur la nature de ces altérations anatomiques et sur leur fréquence.

Dans la section suivante, l'auteur examine, au point de vue de la *statistique*, l'importance de l'*endartérite chronique* (Endarteriitis chronica deformans VIRCHOW) comme cause de la mort subite telle que la comprend la médecine légale. Les matériaux qui ont servi de base principale à cette partie de l'ouvrage, ont été fournis à l'auteur par 852 autopsies faites, à l'Institut médico-légal de Vienne, pendant la période du 1er Juin 1881 au 1er Juin 1886, d'individus morts subitement à l'âge de plus de 14 ans. L'auteur qui, grâce à la bienveillance du préfet de l'Institut mentionné, M. le professeur E. VON HOFFMANN, a été mis à même de prendre connaissance de ces cas dans les journaux d'autopsie dudit Institut, résume dans le 11 points suivants les résultats de ses recherches statistiques:

1. Dans 74,5 % de toutes les morts naturelles subites, au point de vue médico-légal, après la 14^{me} année, la mort a été produite par l'*Endarteriitis chronica deformans* dans l'une de ses suites.

2. Dans les morts subites mentionnées, ces suites ne sont, qu'à de très rares exceptions près, d'une autre espèce que l'une des affections suivantes: *paralysie du cœur*, *rupture du cœur*, *rupture d'anévrisme à l'aorte ou à l'une de ses branches situées en dehors du crâne*, *rupture de l'aorte (y compris l'anévrisme disséquant)*, et *hémorrhagie intracraniale* [1]).

3. Des causes léthales mentionnées, la paralysie du cœur se présente dans 71,1 % des cas, la rupture du cœur dans 2,4 %, la rupture d'un anévrisme à l'aorte, etc., dans 8,7 %, la rupture de l'aorte dans 2,5 %, et l'hémorrhagie intracraniale dans 15,3 % des mêmes cas.

4. Les cas de mort naturelle subite, au point de vue médico-légal, après l'âge de 14 ans, fournissent dans ces causes léthales les proportions pour cent suivantes: paralysie du cœur *52,9* %, rupture du cœur *1,7* %, rupture d'anévrisme à l'aorte, etc., *6,4* %, rupture de l'aorte *1,9* %, hémorrhagie intracraniale *11,3* %.

5. Dans les cas en question de mort subite amenée par l'endartérite chronique, le sexe *masculin* a fourni un contingent *décidément supérieur* à celui du sexe féminin. Cette différence ne se présente toutefois comme parfaitement accusée que dans les cas où la mort a été produite par la *paralysie du cœur* ou par la rupture d'un *anévrisme de l'aorte*. Dans les affections de la première espèce, les hommes donnent 64,5 % des cas, et dans celles de la seconde environ 79 %.

6. Considérée comme cause de paralysie du cœur et de mort subite par la rupture d'un anévrisme de l'aorte chez le sexe *masculin*, l'endartérite chronique ne peut guère être attribuée à la *sénilité*, vu que la majorité des cas léthaux dans les deux catégories d'affections se produit dans l'âge de *40 à 44 ans*.

7. En général, les *hommes* meurent à une période d'âge *moins avancée* que les femmes de paralysie du cœur due à l'endartérite chronique, et c'est fort probablement aussi le cas en ce qui concerne l'anévrisme de l'aorte. On pourrait donc, semble-t-il, être autorisé à en tirer la conclusion que l'endartérite chronique se développe dans la règle plus rapidement, et qu'elle est plus délétère, chez les premiers que chez les secondes.

8. Les hémorrhagies intracraniales présentent, à en juger du moins par un nombre de cas relativement petit, tout aussi peu que les ruptures du cœur et de l'aorte, la différence entre les sexes signalée au point précédent.

9. La *position sociale* et la *profession* ne paraissent pas, comme telles, posséder d'importance appréciable sur l'étiologie de *l'un ou de l'autre* des cas de mort subite en question dus à l'endartérite chronique.

[1]) Sur 635 cas, un seul *d'embolie des artères cérébrales;* dans tous les autres, l'une des affections énumérées ci-dessus a été la cause de la mort.

10. Les morts subites par *paralysie du cœur* sont, pendant les 3 premiers mois et les 3 derniers mois de l'année réunis, régulièrement plus nombreuses que pendant les 6 autres mois, et des saisons naturelles, c'est d'ordinaire *l'hiver* (décembre-février) qui fournit le principal contingent de décès de l'espèce. (Voir le tableau graphique.)

11. En général, les morts dues à l'endartérite chronique offrent leur principale fréquence pendant l'hiver; vient ensuite l'automne, puis, avec une fréquence à peu près égale, le printemps et l'été. (Voir le tableau graphique.)

L'auteur ajoute toutefois, en s'appuyant sur les données générales de l'expérience, qu'il est possible, et même très probable, que les résultats auxquels il est arrivé ici, reflètent peut-être à plus d'un égard des circonstances locales, spéciales pour Vienne.

La dernière section de l'ouvrage est consacrée à l'examen de la présence de l'endartérite chronique *dans les artères coronaires* et *à leurs abouchements dans l'aorte*, comme cause de paralysie subite du cœur. L'auteur rappelle d'abord la grande importance qui, selon lui, revient à cet égard à l'artériosclérose localisée dans ces régions; il cite, pour l'illustration de cette circonstance, que sur 33 cas de paralysie du cœur due à l'endartérite chronique, étudiés par lui à des autopsies à l'Institut médico-légal de Vienne, il a trouvé, à 22 reprises, des raisons suffisantes pour mettre la paralysie en relation causale avec des altérations artériosclérotiques dans les artères coronaires ou à leurs orifices.

La casuistique que l'auteur communique ensuite, et qui comprend 13 cas d'autopsie décrits longuement et en détail, dans lesquels la mort dut être considérée avoir été produite par la paralysie du cœur exclusivement attribuable à la sclérose artérielle en question, offre des détails très intéressants à plusieurs égards. Ce qui parmi ces cas, toutefois, est digne de la principale attention, ce sont les résultats auxquels l'auteur est arrivé par l'exploration microscopique soigneuse du cœur dans chaque cas spécial par rapport à *la dégénérescence graisseuse* de la musculature cardiaque, résultats essentiellement en contradiction avec les opinions généralement adoptées.

L'auteur donne dans les 5 points suivants ses résultats à cet égard:

1. Dans quatre cas (3, 5, 11, 12) sur 13, la dégénérescence graisseuse et le ramollissement nécrotique du tissu musculaire ont fait totalement défaut.

2. Dans deux cas (6 et 8) de myomalacie du cœur, le tissu musculaire n'a présenté de dégénérescence graisseuse que dans l'un, et cela seulement au voisinage immédiat de la région ramollie.

3. Dans deux cas (2, 10), des trabécules isolées dans le ventricule gauche, et dans l'un de ces cas, en outre, l'un des muscles papillaires de la même partie du cœur, ont montré une dégénérescence graisseuse à granulation grossière.

4. Trois fois (1, 9, 13), dans la partie de la paroi du ventricule droit située en dehors des trabécules, il a été observé, entre les bandes de graisse interstitielle qui s'y trouvaient, une dégénérescence graisseuse à granulation fine, tandis que simultanément deux fois des ré-

gions plus petites, contiguës à des parties du ventricule gauche altérées d'une autre façon, ont présenté la dégénérescence mentionnée, et que, dans le troisième cas (13), les muscles papillaires du ventricule gauche offraient une dégénérescence graisseuse à granulation fine.

5. Enfin, dans deux cas seulement (4, 7) sur 13, le tissu musculaire du cœur s'est trouvé atteint de dégénérescence graisseuse sur une étendue plus grande ou dans une extension plus générale. Dans l'un de ces cas, la dégénérescence avait envahi toute la région correspondant à la ramification de l'artère coronaire gauche, et dans l'autre elle intéressait le cœur entier sous une forme finement granulée.

L'ouvrage sera publié en allemand dans le 1er fascicule de l'année prochaine (1888) du *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin.*

Nº 16.

AXEL IVERSEN: **Des résections du pharynx et de l'œsophage.**

L'auteur renvoie le lecteur à une monographie sur la pharyngotomie soushyoïdienne, qui se trouve dans les archives de v. LANGENBECK (vol. XXXI, livraison 3), et où il a fait l'historique de 6 cas de maladie dans lesquels il a eu recours à cette opération comme opération préparatoire: dans 3 cas, pour faire une résection partielle du pharynx, et dans un cas, pour opérer un rétrécissement cicatrisé de l'œsophage à 1½ centimètre au-dessous du cartilage cricoïdien. Dans les 2 autres cas, il a pratiqué, par la même méthode, la résection du pharynx et de l'œsophage, et l'extirpation du larynx pour enlever des ulcérations cancéreuses annulaires du pharynx. Il expose la marche ultérieure de ce dernier cas: la femme véeut 15 mois après l'opération; dans les derniers mois, avec une petite récidive locale. Elle mourut d'un empyème du côté droit, provoqué par une perforation de l'œsophage à 4 centimètres au-dessous de l'arc de l'aorte. A l'autopsie, on trouva l'œsophage aussi mince que du papier, et la sonde dont elle se servait pour s'introduire des aliments, avait perforé la paroi et déversé son contenu dans la plèvre droite.

M. IVERSEN a continué ses opérations d'après cette méthode, et il présente 4 nouveaux cas qu'il a opérés depuis. Il s'agit dans tous les 4 de cancers du pharynx, opérés de la manière suivante: le pharynx est ouvert au moyen de la pharyngotomie soushyoïdienne; quand le mal se présente sous forme annulaire, il est d'opinion que si l'opération doit être radicale, une séparation du pharynx est impossible sans léser en même temps les nerfs laryngiens inférieurs. On sait que la lésion de ces nerfs amène toujours une dyspnée inspiratoire, qui oblige le malade à porter constamment une canule. — Dans ces conditions, la conservation du larynx n'étant d'aucune importance, il l'écarte, s'il s'agit d'une extirpation radicale de néoplasme. Le larynx, une fois dégagé de ses muscles et le néoplasme du pharynx circonscrit au moyen d'une incision transversale, qui traverse

toute la paroi jusqu'au tissu prévertébral, le pharynx et le larynx sont alors détachés *in toto*, comme un tube commun séparé de ses entourages. La profonde trachéotomie qui a précédé, rend, en général, cette extirpation très facile. Aussitôt après l'incision de la trachée (dans 1—2 anneaux trachéaux), une mèche iodoformique est cousue à l'extrémité supérieure de la trachée; alors on peut tailler dans l'œsophage, au-dessous du néoplasme, après qu'au moyen de fils passés dans l'œsophage, on contient cet organe qui, bien entendu, est fortement tiré en haut, et qui, l'incision faite, devra être immédiatement aréné. L'auteur a souvent extirpé des parties de la glande thyréoïdienne infiltrées de néoplasme; il a dû aussi, plusieurs fois, après l'extirpation, disséquer et déterger les deux artères carotides primitives, le néoplasme s'étant, dans un cas, étendu jusqu'au vaisseau. Dans un autre cas, le tissu péripharyngien et périœsophagien s'était transformé en un épais tissu conjonctif, ferme et réactif, qui suivait exactement les adventices des vaisseaux: ici la diagnose macroscopique était cependant juste.

Après l'opération qui, en général, a duré un peu plus d'une heure, la plaie est laissée béante, on la saupoudre d'iodoforme et on la tamponne de gaze iodoformique. — Pour nourrir le malade, on introduit dans l'estomac un tube de caoutchouc qui se fixe à demeure à la peau. Au bout de 8 ou 10 semaines, la plaie est cicatrisée par des granulations et le fond de la cavité orale ainsi fermé à la partie postérieure.

M. Iversen étend l'incision de la ligne médiane jusqu'à la distance d'environ $1\frac{1}{2}$ cm. de la plaie de la trachéotomie, et obtient de cette manière deux ouvertures cutanées, à une certaine distance l'une de l'autre, la supérieure conduisant au canal granulé qui aboutit à la partie supérieure de l'œsophage, l'inférieure portant la canule de la trachée. Au bout de 10 à 15 jours, le tube de caoutchouc est enlevé, et l'on introduit alors 4 fois dans les 24 heures une sonde oesophagienne ordinaire (de Nélaton), par laquelle la nutrition s'effectue.

Le N° 1 vécut 13 mois et mourut d'une complication accidentelle; l'autopsie ne montra aucune tumeur maligne. Le néoplasme était microscopique, positivement comme un épithéliome. (Voir la monographie.)

Le N° 2 vécut 15 mois, et mourut avec une petite récidive locale de l'empyème précité. Ici encore, à l'autopsie, on ne constata pas de métastases; le néoplasme était microscopique aussi, comme un épithéliome. (Voir la monographie.)

Nouveaux cas présentés.

N° 3, 49 ans, du sexe féminin, opéré à l'hôpital communal le 3 janvier 1886. Il s'agissait d'un cancer annulaire du pharynx; la ligne de résection se trouvait dans le pharynx, correspondant à peu près aux papilles circonvallantes de la langue; la ligne de résection de l'œsophage à quelques centimètres au dessous de l'incision de la trachée, faite entre 1—2 anneaux trachéaux; le néoplasme s'étendait à gauche, autour du pharynx, jusqu'à l'artère carotide primitive, qui en fut complètement détergée par une dissection. Le lobe gauche de

la glande thyréoïde fut aussi enlevé; l'opération dura un peu plus d'une heure, avec marche normale; mais la malade, qui était épuisée par le manque de nourriture avant l'opération, ne put supporter l'introduction des aliments, tomba de plus en plus en inanition, et mourut 37 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva des traces d'un ancien ulcère de l'estomac (cicatrisé); le catarrhe de l'estomac concomitant a dû être la cause des vomissements persistants. Du reste, on ne trouva de métastase ni locale ni générale.

Le N° 4, femme de 27 ans, fut opéré à l'hôpital communal le 26 avril 1886 d'un cancer annulaire du pharynx. La ligne de résection du pharynx se trouvait à quelques centimètres au-dessus du cartilage aryténoïde, la ligne de résection de l'œsophage à environ 3 centimètres au-dessous de l'incision de la trachée (1er anneau trachéal). Elle tomba, 30 heures après l'opération, assez subitement dans un collapsus et mourut. Bien qu'il n'y ait pas eu ici d'autopsie, l'auteur est d'opinion qu'elle est morte d'une dégénération adipeuse du myocarde, provoquée par une sclérose des artères coronaires, qu'il a eu plusieurs fois occasion d'observer chez les malades atteints de cancer.

Le N° 5, femme de 46 ans, fut opéré à l'hôpital communal, le 8 juillet 1886, d'un cancer annulaire du pharynx et de l'œsophage. La ligne de résection du pharynx se trouvait à quelques centimètres au-dessus du cartilage aryténoïde; la ligne de résection de l'œsophage à 4 centimètres au-dessous de l'incision de la trachée (1er anneau trachéal), mais se prolongeait à travers la tumeur, laquelle s'étendait tant en haut qu'en bas dans le tissu œsophagien. Elle mourut 6 jours après l'opération, en présentant surtout des signes d'empoisonnement iodoformique. Toutefois, l'autopsie donna lieu aussi de conjecturer des causes septiques avec altérations parenchymateuses étendues.

Le N° 6, femme de 39 ans, fut opéré, à l'hôpital communal, le 11 décembre 1886, d'un cancer annulaire du pharynx. La ligne de résection du pharynx était à la base des tonsilles, la ligne de résection de l'œsophage à environ 5 centimètres au-dessous de l'incision de la trachée (1er anneau trachéal). Quand l'œsophage reprit sa place, l'incision se trouvait à la hauteur de la première vertèbre dorsale. Une partie du lobe gauche de la glande thyréoïde fut aussi extirpée. La marche de l'opération parfaitement normale; le 11e jour, elle était sur pied, et quand elle fut présentée à la société médicale le 18 Janvier 1887, la plaie était presque cicatrisée: au milieu de la face antérieure du cou, deux ouvertures fistuleuses: celle du milieu, l'entrée de l'œsophage, à travers un canal granulé; celle de dessous, portant la canule. Le poids en augmentation constante.

M. Iversen donne les conclusions suivantes:

1°. Des 10 sujets sur lesquels il a pratiqué la pharyngotomie, un seul est mort septique. (D'après les statistiques antérieures, la moitié des opérés mourraient.) Il attribue essentiellement cet heureux résultat à la méthode actuelle de traiter la plaie, surtout à l'iodoforme. La sonde à demeure de l'œsophage joue aussi un grand rôle. Ceci est d'autant plus intéressant, que, malgré la grande opération où l'œso-

phage a été tiré en haut, l'auteur n'a pas constaté d'inflammation médiastinale.

2°. A en juger par l'autopsie du premier cas, où, après 13 mois de cette longue opération, on ne trouva de récidive ni locale ni métastasienne, on pourrait peut-être ranger ce cas parmi ceux radicalement guéris.

3°. L'auteur croit pouvoir conclure des autopsies, que le néoplasme, ici comme dans le rectum, reste longtemps stationnaire, et se prête par conséquent à l'opération; en effet, dans 4 autopsies, on ne trouva, comme il a été dit plus haut, aucune métastase.

4°. L'auteur pense que l'extirpation du larynx, qui a été pratiquée ici lorsque cet organe n'était pas attaqué, est justifiée pour les motifs mentionnés ci-dessus; — la trachéotomie ne devant être, dans de pareils cas, qu'une question de temps, en ce que l'empiètement du néoplasme sur le larynx la réclamera tôt ou tard.

5°. Dans les cas que cite l'auteur, l'alimentation s'est bien effectuée; la première malade gagna 10 ℔ (4,24 kil.) en un an; toutefois, l'autopsie de l'autre cas montra une telle atrophie de l'œsophage, que son attention a été particulièrement appelée sur ce point. Il la considère comme étant peut-être une atrophie d'inactivité, l'œsophage n'ayant été employé que comme un tube inerte, où le mouvement péristaltique n'a exercé aucun effet sur l'entretien des muscles. — Pour la combattre à l'avenir: 1°, il conseillera au malade de maintenir la péristaltique réflexe en mouvement, par une titillation du palais (seul moyen physiologique dont il puisse être ici question); 2°, on n'introduira le tube que jusqu'à l'entrée de l'œsophage, et l'on forcera par là la péristaltique du canal à faire descendre les aliments ingérés.

En faisant d'abord mastiquer les aliments au malade et en les introduisant ensuite dans l'estomac par le tube, on épargne une grande quantité de salive pour la transformation intermédiaire de la matière; l'auteur n'a toutefois pas encore pu se résoudre à enseigner à ses malades cette manière peu agréable d'ingurgiter les aliments.

Il faut que des expériences ultérieures, surtout à l'égard des récidives, viennent nous apprendre ce qu'il y a de justifié dans ces opérations, qui offrent au malade les mêmes fistules que, du reste, on provoque en pareils cas (la trachéotomie, l'œsophagotomie, ou la gastrotomie), mais seulement à titre de palliatif, et non, ainsi que dans les cas de l'auteur, comme adjuvants pour des essais de guérison radicale.

N° 17.

E. ÖDMANSSON: **Sur les affections des glandes iliaques externes provoquées par les bubons inguinaux.**

L'auteur signale le mémoire de Clerc *(Annales de Derm. et de Syph., 1869, p. 439)* sur l'affection des glandes iliaques dans les bubons strumeux, comme contenant à peu près les seules données

positives dans la matière que possède la littérature syphilidologique. Il croit devoir rappeler en outre que FOURNIER (*La Syphilis chez la Femme*, Paris 1873, p. 213) a constaté trois fois, dans des autopsies, la tuméfaction de plusieurs glandes iliaques chez des personnes souffrant d'affection syphilitique primaire et de tuméfaction des glandes inguinales.

A l'état d'irritation des glandes inguinales, ainsi que dans des bubons développés de toutes les formes, on rencontre fréquemment, suivant l'auteur, une tuméfaction et un endurcissement des glandes iliaques externes, mais surtout du groupe de ces glandes qui a sa place immédiatement derrière le ligament de Poupart. Dans les bubons strumeux, il se présente fréquemment, — plus rarement dans d'autres circonstances, — une périadénite où la tuméfaction des glandes peut offrir une grandeur et une forme très variables. Limitée d'ordinaire à la région située immédiatement derrière le ligament de Poupart, elle s'étend parfois à une ou plusieurs autres glandes plus éloignées, et il arrive même que l'enflure envahit toute la partie antérieure de la fosse iliaque proprement dite. Dans certains cas assez rares, il se produit une suppuration dans la tumeur. Il arrive parfois alors que le pus est résorbé, mais il s'épanche, dans la règle, si l'opération n'a pas lieu, au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupart, et d'ordinaire au fond d'un bubon de l'aîne ouvert.

L'auteur communique 6 cas avec suppuration de la tumeur glandulaire ou de la tuméfaction de la fosse iliaque partant de la première. Dans une autre série de cas, M. ÖDMANSSON donne des exemples d'adénite et de périadénite de ces glandes, de positions, de formes et de grandeurs différentes, en ayant égard aux différentes formes de bubons qui les ont provoquées.

En connexion avec ce qui précède, l'auteur mentionne les tumeurs et les abscès qui peuvent avoir pour points de départ les glandes lymphatiques situées dans la paroi abdominale au-dessus du ligament de Poupart.

En dernier lieu, M. ÖDMANSSON expose rapidement le diagnostic et le traitement des tumeurs glandulaires iliaques.

Nº 18.

C.-G. SANTESSON: **Forme rare de tumeur de la langue. Cylindroma: Sarcoma (e. p. Angiosarcoma) plexiforme hyalinum (vel gelatinosum) linguæ.**

Le 30 mars 1887, M. le professeur J. BERG, de Stockholm, extirpa, lors d'un séjour à Halmstad (Halland, Suède du SO.), une langue dans laquelle une tumeur s'était développée depuis 3 ans. Cette tumeur occupait (voir la fig. 1) une grande partie de la moitié droite de la langue et la partie postérieure de la moitié gauche. La musculature était en majeure partie détruite, et l'infiltration s'étendait jusqu'aux muscles qui se rendent de l'os hyoïde et du pharynx à la langue. La tumeur s'élevait du milieu de la moitié droite de la

langue sous la forme d'une enflure hémisphérique dont la muqueuse était particulièrement mince. Même les glandes rétromaxillaires du côté droit étaient dégénérées et furent extirpées. (Elles ne furent toutefois pas soumises à l'examen.) Derrière l'enflure mentionnée se trouvaient quelques petites ulcérations qui saignaient légèrement. De violentes hémorrhagies qui se présentaient de temps à autre, fournirent l'indication principale de l'opération. Le malade n'avait pas eu de bien grandes douleurs. Il mourut de septicémie le 6 avril 1887.

La tumeur fut analysée sous la direction de M. le professeur W. Odenius à l'institution d'anatomie pathologique de l'université de Lund. La surface d'une section horizontale à travers la tumeur fit voir de nombreuses taches à moitié transparentes, d'un gris rougeâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle et un peu au delà, entourées de faisceaux concentriques de tissu lamineux. Ces faisceaux montraient un processus transversal dans les parties centrales. A vue macroscopique, la tumeur était parfaitement limitée du reste du tissu sain de la langue.

La muqueuse se trouvait en entier libre de toute connexion avec les masses celluleuses de la tumeur; la limite épithéliale n'offrait aucune interruption, et l'on ne découvrit ni cordons de cellules épithéliales ni perles cancroïdes. On rencontra des faisceaux épars, plus ou moins atrophiés, de la musculature; les glandes muqueuses de la langue ne présentaient rien d'anomal. Les cellules de la tumeur contenaient dans la règle des noyaux ovales, avec une quantité insignifiante de protoplasma granuleux et des limites incertaines (fig. 6 *a*); elles confluaient fréquemment en amas assez considérables. On voyait en outre des cellules plus volumineuses offrant en général une forme plus ou moins accusée de dégénérescence hyaline (fig. 19). Les cellules étaient rangées, les unes en cordons assez étroits, fréquemment parallèles, rarement bifurqués (fig. 9), ou aussi en réseaux, les autres en petits alvéoles arrondis et en grands nids ou gîtes (fig. 10); dans ces derniers, on les voyait tantôt serrées l'une contre l'autre, sans arrangement déterminé, tantôt formant des saillies coniques, comme des villosités intestinales (fig. 16); elles contenaient probablement dans bien des cas des rudiments de vaisseaux sanguins à dégénérescence hyaline. Les masses cellulaires étaient séparées par un stroma de tissu lamineux fibrillaire. Sur plusieurs points, les vaisseaux sanguins étaient atrophiés, avec transformation en tissu lamineux; sur d'autres, ils offraient une transformation hyaline homogène de leurs parois, qui s'étaient changées en branches transparentes et ramifiées (fig. 15). On voyait à plusieurs endroits des saillies hyalines en massue, probablement des lacets capillaires transformés en hyalin (fig. 17). Dans les longs cordons de cellules plus étroits se présentaient en nombre des globules (ff. 5 et 8) ronds ou ovales, hyalins, à reflets jaunâtres, dont le développement des noyaux cellulaires pouvait être clairement tracé. Le noyau perdait sa constitution granuleuse, se gonflait et prenait un éclat jaunâtre, et le corps du noyau l'apparence d'une goutte huileuse (fig. 4) qui disparaissait plus tard. Parfois les globules confluaient en de gros amas, fréquemment d'une forme irrégulière, pareille à celle d'un cactus (fig. 11); parfois elles occupaient le centre

(fig. 12), parfois la périphérie (fig. 13), d'une masse cellulaire, ou aussi elles y remplaçaient tous les éléments cellulaires. Le tissu lamineux du stroma était également hyalinisé sur plusieurs points (fig. 2), mais principalement autour des masses cellulaires de la tumeur. On observait dans plusieurs endroits une transformation du protoplasma des cellules en une masse claire et brillante. Les diverses cellules confluaient entre elles, parfois aussi avec le stroma hyalinisé, en une masse hyaline, où l'on rencontrait tantôt des noyaux granuleux, tantôt, de temps à autre, des globules hyalins au lieu des noyaux; parfois on distinguait dans la masse claire des cavités laissées vides par des noyaux tombés à la préparation (fig. 18). Enfin, les noyaux disparaissaient complètement, et la totalité des éléments cellulaires se fusionnaient en une seule masse hyaline d'un volume considérable, avec des restes insignifiants de la structure originaire du tissu.

En présence du lent développement de la tumeur, de l'aspect des cellules et de leur arrangement, qui se rapprochait plus spécialement de celui décrit précédemment chez le *sarcome plexiforme*, la tumeur fut rapportée à ce groupe.

N° 19, 1.

FINSEN: **Cas de trichinose à Copenhague.**

Fille de 19 ans, domestique, admise à l'hôpital communal de Copenhague (service de M. Trier), le 15 févr. 1887. Principaux symptômes: sueurs abondantes, œdèmes, d'abord de la face, surtout autour des yeux, plus tard de toutes les extrémités. Simultanément ou un peu plus tard, des contractures musculaires de toutes les extrémités, mastication difficile, endurcissement des muscles atteints de contracture, dont la pression était douloureuse; les articulations, à leur tour, exemptes de toute lésion. Les contractures ne disparurent que lentement; ainsi, par exemple, jusqu'à la fin de la reconvalescence, la tension des muscles des mollets mit obstacle à l'apposition à terre des plantes des pieds, de façon que la malade fut obligée de marcher les pieds "en position pied-bot équin". Une constipation modérée et une expansion de l'abdomen assez prononcée, observées pendant la première période de la maladie, furent remplacées plus tard par une diarrhée profuse de la durée d'à peu près une semaine. Pendant toute la marche de l'affection, c'est-à-dire pendant deux mois et demi, se maintint un état de fièvre subaiguë. — Quant au traitement, on essaya la glycérine à fortes doses, recommandée par Merckel, mais sans effet évident; du reste, traitement symptomatique. — La diagnose était assez facile en considération des symptômes; l'examen microscopique des évacuations alvines ne donna qu'un résultat négatif. Quant à l'excision de particules des muscles malades, vu l'incertitude des résultats de cet examen, on y renonça. Enfin, des aliments suspects (de la viande de porc demi-cuite, des saucisses de Bavière) qu'on avait mangés dans la famille dont il était question, rien ne res-

tait lors de l'entrée de la malade. Cependant, de deux personnes qui avaient pris part aux mêmes repas que la malade, l'une fut légèrement attaquée de douleurs musculaires, d'expansion de l'abdomen, d'œdème des paupières, tandis que l'autre personne ne ressentit point de malaise du tout; celle-ci était souffrante d'une diarrhée habituelle, affection qui, suivant Virchow, semble donner un certain degré d'immunité vis-à-vis de la trichinose.

D'après les renseignements littéraires dont on dispose, la trichinose a été observée en Danemark 8 fois, avec 14 cas de maladie, dont 2 léthaux.

No 19, II.

J.-G. EDGREN: **Etudes cardiographiques et sphygmographiques.**

(Communication préliminaire.)

L'auteur communique dans un court mémoire les principaux résultats d'un travail plus complet qui sera prochainement publié sous le titre qui précède.

Dans ses recherches, qui ont porté sur le cardiogramme et le sphygmogramme chacun à part, mais aussi et surtout sur les deux enregistrés simultanément, l'auteur s'est servi de la méthode de transmission de Marey, toutefois avec des modifications multiples suivant le but visé. Il suffira de signaler ici que le cardiographe était construit de manière à permettre l'auscultation simultanée *des bruits du cœur*, et à les marquer sous le cardiogramme à l'aide d'un signal électrique (voir la fig. I).

Quoique la forme du cardiogramme varie beaucoup suivant les personnes, il est néanmoins possible, avec un certain exercice, de reconnaître quelques points qui reviennent toujours. Pour une compréhension plus facile de la description qui suit, l'auteur renvoie à la fig. I.

Au point *a*, la courbe passe brusquemment à sa hauteur maximale *b* (parfois le point *b* est situé à une inflexion près du sommet); de là, elle descend immédiatement, parfois d'une quantité insignifiante, parfois aussi d'une quantité considérable. L'auteur désigne par *c* le point où la descente diminue ou cesse. En *d* commence un nouvel abaissement de la courbe, qui devient beaucoup plus rapide en *e*. De ce dernier point, l'abaissement est rapide, jusqu'au voisinage de la base de la courbe, où il est interrompu par un petit crochet, le point *f*. Le premier bruit du cœur est en *a*, le second en *f*. C'est par conséquent en *a* que commence la contraction du ventricule et en *f* que les valvules de l'aorte se ferment.

La courbe sphygmographique montre, en b_1, la grande ascension qui, en c_1, passe au plateau du sommet; ce dernier se termine en d_1, où commence une descente qui forme bientôt un second plateau. Celui-ci est interrompu en e_1 par un autre abaissement, passant en f_1 à un second relèvement, l'»onde dicrotique».

La mesure du cardiosphygmogramme et l'observation de la différence du retard du pouls suivant les artères, ont permis de constater que le point a tombe à une certaine distance en avant du point initial de la courbe du pouls. Cette distance, après déduction du temps de transmission y appartenant, constitue le temps perdu de l'onde du pouls, temps constant chez le même individu pour les diverses artères, et qui ne varie pas beaucoup non plus avec les sujets. Le point b_1 au point initial du sphygmogramme correspond au point b du cardiogramme; c_1 correspond à c; d_1 à d; e_1 à e, et f_1 à f. Voici maintenant la signification et la connection mutuelle de ces points:

Au point a, le ventricule commence à se contracter, mais ce n'est qu'en b que sa pression a atteint la hauteur permettant l'ouverture des valvules de l'aorte, le point b_1 du sphygmogramme. La courbe du pouls monte au point c_1 au moment où la tension des artères a atteint son maximum. A ce moment, le flux du sang du cœur et son écoulement par les vaisseaux périphériques se tiennent mutuellement en équilibre. Enfin le ventricule a complètement vidé son contenu (point d), mais conserve son état de contraction. Cela diminue la tension artérielle, l'abaissement en d_1 se produit au sphygmogramme, mais il survient alors bientôt de nouveau pour la paroi artérielle une nouvelle position d'équilibre qui produit le second plateau du sphygmogramme.

Enfin, la contraction du ventricule cesse en e, une faible quantité de sang retourne au cœur, et grâce à ce mouvement rétrograde du sang, la tension du vaisseau subit une diminution ultérieure (point e_1); subitement les valves se referment, le mouvement rétrograde est interrompu, et une onde positive f_1 parcourt le système artériel.



Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Kasuistiske Meddelelser

fra Kommunehospitalets Afd. I (Prof. Studsgaard).

Af

F. KAARSBERG,

Kandidat ved Kommunehospitalet.

---

1. *Tumor ovarii (torsio petioli). Ovariotomia.*

Enkemadam K., 53 År. Indk. d. $^{19}/_{8}$ 86. Udskr. d. $^{15}/_{9}$ 86.

Ingen sygelig Disposition i Familien, altid rask tidligere. Regelmässigt menstrueret fra 15de til 47de År. 4 Födsler; de 3 förste naturlige, den sidste, for 17 År siden, ved Tang. Siden sidste Födsel skal Underlivet have väret noget stort; men hun har ikke bemärket nogen tumor. For 3 til 4 Måneder siden pludseligt, uden Lejligheds-årsag, häftige Smerter i höjre Side af Underlivet og höjre femur. Smerterne forsvandt ret hurtigt, men ere siden jävnlig komne igen, navnlig ved Ansträngelser.

Dagen för Indläggelsen kom der et usädvanlig stärkt Anfald; en tilkaldt Läge stillede Diagnosen tumor abdominis og tilrådede Hospitalsindläggelse. Under Sygdommen har Åbningen väret noget träg, Vandladningen besväret og hyppig. Sidste Gang Åbning i Går; i sidste Dögn enkelte slimede Opkastninger.

Ved Undersögelse d. $^{19}/_{8}$ er Udseendet noget medtaget, hun har en Del Smerter i Underlivet og er dygtig öm ved Tryk ind imod höjre fossa iliaca. Temp. 39,3. P. 90, regelmässig, kraftig. Underlivet er meget stort, giver tympanitisk Perkussionstone undtagen fra Symfysen til midtvejs til umbilicus, hvor Tonen er mat; der er tympanitisk Tone i Sideregionerne. I det Parti, hvor Tonen er mat, föles en fast, afrundet tumor, der er let forskydelig og flyttes, når Pat. forandrer Leje. Musculi recti gå hen over tumor.

Ved exploratio recto-vaginalis föles uterus frit bevägelig midt i Bäkkenet, snarest noget atrofisk. Til venstre for uterus i fossa Douglasii föles et ömt, afrundet, blödt Legeme (det lidt forstörrede ven-

stre Ovarie); höjre Ovarie föles ikke. Tumor föles foran og noget til venstre for corpus uteri; det lykkes ikke, heller ikke med Krog i uterus, at påvise nogen Forbindelse mellem tumor og uterus, de lade sig beväge uafhängigt af hinanden.

Underlivsmålene ere:

fra umbilicus	til	pr. ensiformis	18 Cm.,
»	»	» Symfysen	26 »
»	»	» sp. ilei ant. sup. dextr.	25 »
»	»	» sp. ilei ant. sup. sin.	27 »

Cirkumferensen over umbilicus 95 Cm. Största Cirkumferens, omtrent 10 Cm. under umbilicus, 112 Cm.

D. $^{20}/_{8}$. Tp. 39,1. Smerterne tiltagende, der er begyndt at komme Exsudat i nederste Del af Sideregionerne. Tumor til venstre for Midtlinien, överste Rand lidt nedenfor Umbilikaltransversalen.

Der diagnosticeres Stilktorsion af en Ovariesvulst fra höjre Side, og efter sädvanlige antiseptiske Forberedelser göres

Ovariotomi.

Incision i Midtlinien omtr. 12 Cm. lang. Der udflöd strax blodig Vädske. Tarmprolaps viste fine, friske, peritonitiske Belägninger. Tarmene godt kontraherede efter flere Doser subnitr. bismuth. à 50 Cgm.

Ovariesvulsten stärkt cyanotisk, ligeledes med friske Belägninger på Overfladen. Den tömtes så vidt mulig ved Trokar. Kvantiteten omtr. 700 Kbcm. af Vägtf. 1020.

Största Delen af Svulsten var fast, så at den ikke uden betydeligere Spaltning kunde fås frem, hvorfor man foretrak at spalte Kysten og udtage Indholdet manuelt, hvorefter den let blev trukken frem. En temmelig kort Stilk var torkveret mindst $1\frac{1}{2}$ Gang om sin Axe fra höjre til venstre og nedenfra opad.

Torsionen udrettedes, hvorefter Stilken fattedes i KEITHs Klemme og blev gennemstukken med stärk Silketråd. Den ligeredes til hver Side, og den ene Tråd förtes endnu en Gang omkring hele Stilken, efter at Klemmen var tagen af. Afklipning $\frac{1}{2}$ Tomme foran; Kavterisation med platina candens, Jodoformäter og Forsänkning. Ved Indförelse af Svampe i det lille Bäkken udtömtes en Mängde af det tynde, blodige Sekret. Et enkelt Sted på Bagfladen af Svulsten syntes der at have väret en ganske overfladisk Ruptur för Extraktionen.

Efter de sädvanlige dybe Suturer af Peritonealsåret anlagdes nogle enkelte overfladiske.

Jodoformkollodium, Kompressionsbandage.

Operationen varede 1 Time; Pat. tålte den godt. Forlöbet gunstigt.

Temp., der den förste Aften efter Operationen var 39°, bevägede sig de fölgende Dage om 38°.

D. $^{26}/_{8}$. Förste Gang spontan Afgang af flatus, efter at der de föregående Dage nu og da var anvendt Rektalsonde på Grund af Opspändthed.

D. $^{30}/_{8}$ aftages Forbindingen. Der er ingen Ömhed i Egnen af Cikatricen; klar Tone over hele Underlivet. De overfladiske Suturer fjärnes, ingen Suppuration; god lineär Forbindelse overalt.

D. $^{1}/_{9}$. Hver anden af de dybe Suturer fjärnes.

D. $^{6}/_{9}$. Temp. normal. De sidste Suturer fjärnes. E. l., forsynet med en elastisk Underlivsbandage med Pelot.

D. $^{14}/_{9}$. Udskrives; fuldständigt Velbefindende.

Svulsten, hvis Vägt var 924 Gm., viste, efter Undersögelse af Hr Prosektor Borch fölgende Forhold:

Overfladen var Sädet for udbredte Ekkymoseringer og viste desuden en Del fibrinöse Beläguinger. På Gennemsnit viste den ligeledes en overordentlig Blodrigdom. Den bestod af et Par store Kyster med tyk, fibrös, stärkt ödematös Väg, hvis Indside var ujävn, opflosset ved talrige Blodextravasater. Väggen bestod af fast, fibröst Bindeväv, hvori en frisk Infiltration af Rundceller; alle Vener og Kapillärer vare enormt udspilede af Blod, der ligeledes i Form af större og mindre Extravasater fandtes i Vävsinterstitierne. Nedadtil i Svulsten fandtes et mere kompakt, men dog svampet, koagellignende Väv. På Snit gennem dette viste det sig dannet af mindre Kyster, hvis Vägge vare uregelmässigt bugtede og for det meste fra Indsiden udsendte grenede, papillomatöse Exkrescenser, der til Dels opfyldte Kaviteten; denne var for övrigt fyldt med koaguleret Blod; kun enkelte Steder fandtes et mere kolloid Indhold. Så vel de tykkere som de tyndere Kystevägge samt Papillerne vare Sädet for udbredte Blodextravasater og deres Kar stärkt dilaterede. Vävet var for en meget stor Del sönderrevet ved Hämorragierne, men kunde dog ses at väre dannet af for störste Delen fint trådet Bindeväv med rigelige Kärner. Flere Steder var endnu Epiteliet bevaret på Papillerne i Form af et enkelt Lag höje Cylinderceller; for det meste var dette dog afstödt, og dets Celler fandtes spredte i de Cysterne opfyldende Koagler eller trykkede ind i de kolloide Masser. Stilken var ödematös, svullen, og Venerne stärkt blodudspilede; Vävet bestod af meget tykke Bindevävsbundter med forholdsvis få Ekkymoser.

Den patologisk-anatomiske Diagnose blev altså: »cystadenoma papilliferum».

Som bekendt hörer Stilktorsionen til de almindeligere Komplikationer ved Ovariesvulsterne. Jo längere Stilken er, og jo friere bevägelig Svulsten er, des större bliver Tilböjeligheden til Snoning.

Om den Hyppighed, hvormed den findes, angiver Spencer Wells (Diagnoses and surgical treatment of abdominal tumours 1885), at Rokitansky fandt den 8 Gange ved 48 Sektioner: selv har Sp. W. set den i mere end 20 Tilfälde af sine 1000 Ovariotomier og siger samtidig, at den i flere Tilfälde temmelig sikkert ikke er bleven observeret. Snoningernes Antal er forskelligt; Sp. W. har set en Stilk väre snoet indtil 4 Gange, uden at Svulstens Ernäringsforhold i nogen Henseende er bleven påvirket. Dette er dog ikke Reglen og findes vel kun i Tilfälde, hvor Snoningen er opstået lidt efter lidt

gennem längere Tid. De Fölger, Torsionen ellers kan have, ere forskellige, ofte af skäbnesvanger Betydning for Patienten. Bliver den arterielle Blodtilförsel ved, efter at Venerne ere blevne impermeable på Grund af Torsionen, bliver Resultatet Kongestion til Svulsten med serös Exsudation og dernäst Blödninger först ind i Kysterne og dernäst, efter Ruptur af disse, ud i Underlivshulen.

Sp. W. meddeler 2 Tilfälde, hvor Döden er fremkaldt herved, samt giver Exempel på den betydelige Anämi, de stadige Blödninger ind i Kysten bevirke; en Anämi, som i sin ydre Fremträden kan give Anledning til, at man diagnosticerer en malign tumor på Grund af det kakektiske Udseende.

Ere også Arterierne blevne komprimerede, så er der 2 Muligheder for Patienten, enten Gangrän af tumor med den efterfölgende uundgåelige peritonitis, eller, i själdne Tilfälde, Atrofi af Svulsten og Helbredelse herigennem.

I enkelte Tilfälde har man dog set Gangränen udeblive, uden at der samtidig er indtrådt Atrofi, derigennem at Svulsten har skaffet sig sin Ernäring ad anden Vej end gennem Stilken, nemlig gennem de Adhärencer, den har indgået med Omgivelserne som förste Udtryk for den ved Torsionen fremkaldte Betändelsestilstand. Stilken atrofierer så efterhånden, afsnöres og kan fuldständig forsvinde, og Svulsten förer for Fremtiden en parasitär Existens, »siddende» på Oment eller lignende Steder.

Klinisk ytrer den akut opståede Torsion sig ved forskellige Inkarcerationstilfälde med Smerter i Underlivet, Opkastninger o. s. v.; dels herpå, dels på Muligheden af en sikker og klar Diagnose samt på det gode Resultat af en hurtigt udfört Laparotomi, selv ved begyndende peritonitis, er ovenfor meddelte Sygehistorie et smukt Exempel. Angående dette Punkt i Ovariesvulsternes Patologi henvises i ovrigt dels til det ovenfor citerede Arbejde af Spencer Wells, dels til Schröders »Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane» med dens Side 383 temmelig udtömmende Literaturfortegnelse. — Om Torsionen af Ovariesvulsternes Stilk under Graviditeten se hos V. Heiberg: »Om Ovariesvulsten som Komplikation ved Svangerskab, 1881».

2. *Carcinoma renis. Nephrectomia.*

Enkemadam J., 57 År. Indk. d. $^{13}/_4$ 87. Udskr. d. $^{8}/_6$ 87.

Ingen sygelig Disposition; ingen alvorligere Sygdom tidligere. Har haft 11 levende fødte Börn, måske en enkelt Abort. Menses ophörte for 9 År siden, og der har ikke senere väret nogen Blödning eller noget Vaginalflod.

2 År för Hospitalsindläggelsen indfandt der sig pludseligt, efter nogen Tids vage Smerter og almindeligt Ildebefindende, en betydelig Hämaturi. Urinudtömmelsen blev vanskelig, ved Kateter udtömtes en Del Blodkoagler. Der var stärke Smerter i »höjre Side», strålende herfra ned over Symfysen. Blödningen vedvarede i omtr. 8 Dage og gentog sig flere Gange i de fölgende 8 Måneder med 2 til 4 Ugers Mellemrum. Der var aldrig, trods omhyggelig Undersögelse, bemärket Konkrementer i Urinen. Fra December Måned 85 til omtr. 1 Måned för Indläggelsen var Patientens Tilstand nogenlunde; hun gik oppe, og Blödningen indfandt sig kun själdent og sparsomt. Der holdt sig stadig Smerter i höjre hypochondrium; de havde en egen dump Karakter og vare til Stede i alle Stillinger. Appetit og övrige Funktioner holdt sig i nogenlunde Orden; men hun afmagrede en Del.

3 til 4 Uger för Indläggelsen atter en stärk Hämaturi, stärkere end tidligere. Det udtömte Blod var ganske sort, og Blödningen holdt sig som för i omtr. 8 Dage, senere kun af og til ubetydelig Blodafgang. Dagen för Indläggelsen bemärkede Pat. et hvedekornstort Konkrement i Urinen, der smulrede mellem Fingrene som Kalk.

Ved Undersögelse d. $^{13}/_4$ findes Pat. bleg, mager, uden egentlig kakektisk Udseende. I höjre Side af Underlivet findes en tumor af Nyrens Form; dens nederste afrundede Spids når omtrent til Umbilikaltransversalen, opad forsvinder tumor under Kurvaturen. Den föles også tydeligt i regio lumbalis og kan palperes bimanuelt herfra og igennem Bugväggen. Der er kun i ringe Grad Ömhed for Tryk.

D. $^{16}/_4$. Undersögt under Narkose föles Svulsten, som omtalt, ret bevägelig. Urethra dilateres, og det lykkes med en Sölvsonde at komme ind i höjre ureter, derimod ikke med et Kateter. Uterus er af en äldre parametritis trukken over imod höjre Side, men i övrigt ret bevägelig; der findes ingen större Exsudater.

De fölgende Dage Tilstanden temmelig uforandret; hun havde stadig en Del Smerter. Urinen kunde den ene Dag väre fuldständig klar og så näste Dag indeholde en mere eller mindre betydelig Mängde Blod, en enkelt Gang så meget, at den kvitterede Urin så ud som rent Blod. Ved gentagne mikroskopiske Undersögelser kunde der ikke påvises andre heterogene Bestanddele end Blod.

D. $^{30}/_4$ foretoges Operation.

Incision midt imellem crista ilei dextra og Kurvaturen igennem Musklerne, Längde omtr. 18 Cm., bageste Vinkel omtrent ved forreste Rand af qvadratus lumborum. Peritoneum åbnedes for oven. Åbningen sutureredes, derefter udlöstes tumor subperitonealt. Stilken fattedes med en Klemmepincet, de enkelte Kar forsögtes underbundne; men en meget

stor Vene kunde ikke isoleres foran det fattede efter Afskäring af Svulsten, hvorfor selve Stilken ligeredes en masse indenfor Pincetten. Ureter skönnedes isoleret i Forvejen; den ligeredes og sikredes med en Silketråd, der holdtes udenfor Såret. Der var derefter så godt som ingen Blödning. Den forreste Del af Såret forenedes med dybe Katgutsuturer gennem de dybe Muskellag; derefter forenedes Sårrandene i samme Udsträkning. Den bageste Del af Såret dels udtamponeredes, dels dräneredes med et Par tykke Drän. Colon ascendens kom slet ikke til Syne. Karbolkompres. Salicylvatforbinding.

D. $^{1}/_{5}$. Temp. $\frac{38,3}{39,3}$. (För Operationen havde Temp. stadig holdt sig omkring 38°). Hun har haft nogle grönlige Opkastninger. Udseendet naturligt, Tungen fugtig. P. 112. En Del Smerter i Aftes, hvorfor injectio morphinica. *Urinen* er afgået involontärt; kun ubetydligt er opsamlet ved at indföre Kateter. Den er klar, sur, med Spor af Äggehvide, uden Blod.

D. $^{2}/_{5}$. Temp. $\frac{39}{38,8}$. Afgang af flatus dels efter, dels uden Indläggelse af Rektalrör. Urinen afgår nu volontärt, men meget hyppigt. Diuresen i sidste Dögn 450 Kcm. Svage Spor af Äggehvide.

D. $^{3}/_{5}$. Udseendet naturligt, nyder kun flydende Ting. Diuresen 750 Kcm. Urinen normal.

D. $^{4}/_{5}$ $\frac{38,6}{38,5}$. — D. $^{5}/_{5}$ $\frac{39,9}{38,4}$. Åbning i Går efter oleum ricini og Oljelavement. Forbigående Smerter, som nu ere ophörte. Forbindingen skiftes förste Gang. Sårets Udseende fuldständig godt. Urinen normal.

D. $^{6}/_{5}$ $\frac{38,9}{38,6}$. — D. $^{7}/_{5}$ $\frac{39,5}{38,3}$. Diur. 780 Kcm. — D. $^{8}/_{5}$ $\frac{39}{38,1}$. — D. $^{9}/_{5}$ $\frac{38.8}{37,8}$. Diur. 780. — D. $^{10}/_{5}$ $\frac{38,8}{37,6}$. Diur. 700. — D. $^{11}/_{5}$ $\frac{38,9}{38,1}$. Diur. 700. — D. $^{12}/_{5}$ $\frac{39,1}{37,9}$. Diur. 990.

D. $^{13}/_{5}$ $\frac{38,4}{38,3}$. I Dag fjärnes Suturerne, Henimod den forreste Vinkel kommer der noget pus frem, der indlägges kortere Drän.

D. $^{14}/_{5}$ $\frac{39}{38}$. Diur. 700. — $^{15}/_{5}$ $\frac{39,4}{38,1}$. Diur. 855. — D. $^{16}/_{5}$ $\frac{39,2}{37,6}$. Diur. 550 +. — D. $^{17}/_{5}$ $\frac{38,8}{37,9}$. Diur. 690. — D. $^{18}/_{5}$ $\frac{39}{38}$. Diur. 1250. — D. $^{19}/_{5}$ $\frac{38,5}{37,7}$. Diur. 600 +. — D. $^{20}/_{5}$ $\frac{38,4}{38}$. Diur. 850. — D. $^{21}/_{5}$ $\frac{39}{37,8}$. Diur. 1000. — D. $^{22}/_{5}$ $\frac{38,7}{37,7}$. Diur. 700. — D. $^{23}/_{5}$ $\frac{38,2}{37,6}$. — D. $^{24}/_{5}$ $\frac{38,4}{37,6}$. — D. $^{25}/_{5}$ $\frac{38,2}{37,5}$.

D. $^{26}/_{5}$ $\frac{37,8}{37,5}$. Såret stadig i god Fremgang. Befindendet godt.

E. 1.

D. $^6/_6$. Såret ganske overfladisk, reduceret til den bageste Sårvinkel. Resten fast, cikatriseret. *Urinen* fuldständig klar. Befindendet godt.

D. $^8/_6$. Udskrives.

Hele den deformerede, exstirperede Nyre var trekantet, af uregelmässig puklet Form, målte 12 til 10 og 6½ Cm. i de forskellige Dimensioner. Vävet, navnlig i den överste bageste Del, nydannet, marvudseende; det nydannede Väv ragede ind i Nyrebäkkenet som en meget blöd Polyp, belagt med tynde Kalkaflagringer. Nyrekapslen var tynd, Svulstmassen var intet Sted gået udenom capsula renis fibrosa.

Den mikroskopiske Undersögelse viste et fuldständigt intrakapsulärt, stärkt fedtdegenereret, medullärt Karcinom.

I Aprilhäftet af Hygiea 1887 har Prof. BERG refereret et Tilfälde af Nyrekarcinom, hvorfor han gjorde Nefrektomi med heldigt Udfald.

I Forbindelse med Sygehistorien giver han en Fremstilling af det til Dato foreliggende Materiale til Bedömmelse af Nefrektomiens Värd og Berettigelse. Ved Sammentällingen af de refererede Tilfälde af Nefrektomi for cancer, nemlig 17 Tilfälde, samlede af BRODEUR, 1 Tilf. opereret af NETZEL, 1 af SALIN, 1 af NICOLADONI, 1 af LANGENBUCH, 1 eller 2 af CZERNY (det ene måske Sarkom) samt Forf:s eget Tilfälde, kommer BERG ved en Fejltälling til at angive Dödeligheds-procenten til 57 %, medens den i Virkeligheden bliver omtr. 66 % (nemlig 15—16 döde af 23 eller 24 Tilfälde, og ikke af 27 eller 28 Tilfälde, som af BERG angivet). Lägges hertil det af Prof. STUDSGAARD med Held opererede Tilfälde, bliver Procenttallet sat ned til omtr. 60 %.

En Statistik, baseret på så lille et Materiale, er selvfölgeligt temmelig värdilös; men de helbredede Tilfäldes Antal bliver dog stort nok til at vise det berettigede i Operationen for en Sygdom, hvor den letale Udgang for Pat. er så sikker, når man lader Sygdommen skötte sig selv, navnlig da der ikke synes at väre udtalt Tilböjelighed til Recidiv efter Operationen (se BERGS citerede Afhandling).

3. *Aktinomykosis.*

J. S., 17 År, Elev på Blindeinstituttet. Indk. d. $^2/_5$ 87.

Sund stirps, Tidligere rask med Undtagelse af en Öjenlidelse i 7-Årsalderen, der nästen fuldständig berövede ham Synet på bägge Öjne. Nuvärende Lidelse begyndte i Januar Måned dette År, med at han fik Smerter i Brystet uden bekendt Årsag. Smerterne havde deres Säde i

höjre Side og vare isär til Stede, når han löftede Armen. Ingen pectoralia, ingen subjektive febrilia. Senere bemärkede han, at der dannede sig en öm Svulst på höjre Side af Brystet.

Han indlagdes derfor på Kommunehospitalets 3dje (med.) Afd. d. $^{6}/_{3}$ 87. Her lå han med stärk remitterende Feber, Svulsten tiltog og blev fluktuerende.

D. $^{19}/_{3}$ gjordes der Incision med Udtömmelse af en Del pus, og der indlagdes Drän. Befindendet bedredes derefter; men senere kom der atter stärkere Feber, og Incisionssåret vilde ikke läge, skönt Udfloddet kun var ubetydeligt. Gentagne Prövepunkturer på Grund af Dämpning over nederste Del af höjre Lunge gave negativt Resultat. Da der opdagedes denuderede costae, flyttedes han d. $^{2}/_{5}$ 87 over til Afdeling I.

Ved Undersögelsen her ses han bleg og mager. I höjre regio infraaxillaris udfor costa ^{6} findes et nogle Centimeter langt, tvärlöbende, fistulöst Sår. Sonden tränger gennem dette ind på det denuderede costa ^{6} lidt bagved forreste Axillärlinie. Brystväggen i sin Helhed i denne Region noget infiltreret; Huden nästen uforskydelig, men af naturlig Farve. Der er meget öm periostal Svulst på costa $^{6-7 \text{ og } 8}$ fra lidt foran forreste Axillärlinie og bagtil; navnlig costa ^{6} er angrebet. Der er Dämpning i höjre regio infrascapularis og infraaxillaris, men Respirationen her kun lidet svækket. Temp. 38,7.

D. $^{4}/_{5}$. Temp. $\frac{39{,}3}{38}$. På när en Del Hoste befinder han sig vel.

D. $^{6}/_{5}$ foretages Operation.

Incision på 4 Tommer langs costa ^{6} med en Mängde forskellige Spaltninger opad og nedad. Brystmusklerne kronisk betändte med Svund af Muskelfibrene og fibröse Degenerationer. Fra den fistulöse Ulceration strakte der sig talrige lysegule Gange ind i det betändte Muskel- og Bindeväv, ind i Periost og i Dybden. Hist og her kom der lidt pus frem af lysegult Udseende, hvori der var blandet talrige, fine Korn. Fem Cm. af det denuderede costa reseceredes. Mellem dette costa og pleura costalis dels pus af ovennävnte Beskaffenhed, dels Granulationsväv. Så vidt mulig fjärnedes de gule Gange med Kniv, Sax og skarp Ske, men på Grund af de snigende Fortsättelser ind i det kronisk betändte, infiltrerede Muskelväv var det vanskeligt at erkende, om alt sygeligt var fjärnet. Pat. var en Del medtagen, så at Såret kun blödte ubetydeligt i Forhold til de talrige Muskelsnit (latissimus dorsi spaltedes). Sårhulen udtamponeredes med Sublimatgaze. Antiseptisk Forbinding.

Mikroskopisk Undersögelse af det med gule Smågryn blandede pus og af det med gule Infiltrater gennemvävede, exciderede Bindeväv viste, at Sygdommen beroede på Aktinomykose.

Pat. har stadig siden henligget på Afdelingen. Der er ofte betydelig forhöjet Aftentemperatur, han er bleven yderlig bleg og medtagen. Det store Sår fylder sig ganske godt fra Randene, men opad og fortil svarende til Costaresektionen stadig Sekretion af det karakteristiske pus. Dämpningen over nederste Del af höjre Lunge er tiltagen i Intensitet og Udbredning; Respirationen er svækket, bronkös med

forøget Stemmegenlyd. Han hoster en Del og opbringer et temmelig rigeligt, mukopurulent Expektorat uden karakteristiske Tilblandinger. Han er fuldständig smertefri, men dygtig öm i Omegnen af Såret, hvor Infitrationen på ny er i Tiltagende. Ingen Tegn på at Underlivshulen er medinddragen i Lidelsen. Han går oppe, men bliver mere og mere afkräftet.

Aktinomykosen eller Strålesvampsygdommen er, om end ikke längere en ganske ny, så dog endnu en forholdsvis själden Sygdom hos Mennesket. Först egentlig beskreven i 1877 af Bollinger hos Hornkväget, konstaterede Ponfick förste Gang i 1879 Identiteten mellem den af B. beskrevne Sygdom og en tilsvarende hos Mennesket. Her hjemme har Lektor Bang gjort Sygdommen til Genstand for en udförlig Afhandling i Hospitalstidende 1883, N:r 29, 30 og 31; men medens de refererede Tilfälde stadig blive hyppigere og hyppigere i udenlandske medicinske Tidsskrifter, så der allerede er samlet en ret betydelig Kasuistik, så har der endnu ikke väret refereret noget Tilfälde af Aktinomykose hos Mennesket i vor Literatur. Lektor Bang omtaler nok, efter Meddelelse fra en Dyrläge, en Präst, der muligen var död af Aktinomykose; men noget sikkert konstateret Tilfälde har, som sagt, ikke tidligere väret offentliggjort i vore medicinske Tidsskrifter. Hos den ovenfor beskrevne Pat., som endnu henligger på Kommunehospitalets 1ste Afdeling, og hvis Sygdom altså må opfattes som en Lungeaktinomykose, der på sädvanlig Måde er vandret videre gennem Brystväggen, har det väret umuligt at påvise nogen Smittekilde. Trods den forsögte Udrydning af Parasiter gennem en grundig Exstirpation bliver han stadig ved at secernere det karakteristiske pus, og Prognosen må stilles meget slet, selv om en Heling gennem Retraktion af Arvävet jo er en Mulighed.

I den tid af omtrent et halvt År, der er hengået siden ovenstående Meddelelse nedskreves, har Pat. väret Genstand for fortsat Iagttagelse, der varede, lige til han afgik ved Döden:

$^3/_9$ 87. Pat. udskreves d. $^{16}/_7$ 87, blev atter indlagt $^3/_9$. Efter Udskrivningen kom han på Landet i 4 Uger, hvor han befandt sig forholdsvis godt. Såret holdt sig uforandret, kun lidt Pus secerneredes, han havde ingen Sm., Almenbef. godt. I Slutningen af Landopholdet bemärkede han, at där kom nogen Svulst ved den bageste Del af Såret, den var öm for Beröring. Hoster af og til, hvorved han föler Sm. i det svulne Parti, bringer endel op ved Hosten.

Appetit og Åbning ordentlig.

Af nästen hele h. infrarcapularis ses der at väre Svulst, den er fluktuerende, mg. öm for Beröring, med nogen Infiltration i Omfanget;

den sträkker sig fra den bageste Del af Såret hen till columna. Huden på dette Parti er blålig-röd, en Del spändt. Sårets Udseende er godt, fra et Par Steder secerneres der noget Pus.

Urinen sur, indeholder en ikke ringe Mängde Alb.

$^5/_9$. Abscessen incideres, den indeholdt en ildelugtende Vädske med tydelige Smågryn. Den er intermuskulär.

Tp. $\frac{39,1}{38}$. — D. $^{12}/_9$ $\frac{39,4}{37,9}$. — D. $^{14}/_9$ $\frac{40,1}{37,5}$. — D. $^{15}/_9$ $\frac{38,8}{37,8}$. (Således videre).

$^{30}/_9$. Der er stärkere Åndenöd, som har plaget Pat. hele Natten. Der er Sting i v. Side og ved Stetoskopi fås Dämpning i v. infrasscapularis, forpå henimod Hjärtematheden.

$^{10}/_{10}$. Han begyndte at spytte op en slimet purulent Vädske, hvori der igår var Blodstriber.

$^{12}/_{10}$. Der begynder at opträde marantiske Ödemer.

$^{16}/_{10}$. Ödemerne tiltage stärkt.

$^{20}/_{10}$. Pat:s Tilstand er i de sidste Dage bleven mere og mere elendig. Han har ikke väret fuldt klar. Döde inat Kl. 5.

S. D. (D:r KRAFT).

Actinomycosis pleuræ utriusque c. empyema.
» corporum vertebral. dorsal. III—VI.
» thoracis.

Degeneratio adiposa et amyloid. myocardii et renum.
» amyloidea hepatis, ventriculi, intestini tenuis et crassi, lienis.

Hydropericardium l. g.
Anasarca extr. int. l. g.
Phthisis pulmonum.

I v. Plevrahule c. 200 Cm tyk, gulgrå, purulent Vädske, med talrige aktinomykotiske gule Korn (mikroskopisk undersögt). I övrigt er pulmo loddet til pleura navnlig i Spidsen af forreste Rand ved större og mindre temmeligen fast fibröse Adhärencer. På bägge Plevrablade mest dog på pleura costalis findes talrige, ophöjede, gullige Korn, omgivne af en intens röd Zone.

Höjre Lunge er med Undtagelse af et hönseägstort Parti i mellemste Lap fuldst. lufttom. På Gennemsnit ses talrige, pusfyldte Kaverner af Störrelse som et Agern. Pusset indeholder ikke her gule Korn, men er selv kremefarvet, tyktflydende. Väggene i Kavernerne ere tjavsede, uregelm. Vävet mellem disse er opfyldt af en Masse tuberkellignende, hvidlige Gryn og peribronkitiske Processer, der navnlig nedadtil smelte sammen til större, gullig-hvide, fastere Masser med begyndende Henfald i Midten; hist og her tillige tydelige Kalkaflejringer. Vid Tryk på Vävet fremkommer der flere Steder, navnlig hvor der sidder 3—4 Småknuder sammen, en enkelt lille Dråbe tykflydende, grålig-gult Pus. Intetsteds i selve Lungen opdages gule eller gullighvide Aflejringer. Lungevävet er ret rigeligt pigmenteret, så at Snitfladen får et marmoreret Udseende, det er temmeligen fast indureret.

Den mikr. Diagnose af Lungevävet viste Induration, ostet Degeneration og Tuberkulafsetning, tildels som Perikondriter. I Kaverne-

väggene Tuberkelbaciller. Intet Sted er fundet Aktinomykos inde i Lungevävet. Dog hidrörer det muligen på Vanskeligheden ved Påvisningen på Grund af Pigmenteringen. — I Empyempusset er fundet rigelige Aktinomykosklumper.

I venstre Lunge findes, med Undtagelse af enkelte små Knuder hist og her, intet sygeligt.

Cor. lille slapt. Klapperne sunde, Vävet blegt, gråligt med begyndende sneppefjärs Tegning; på Snitfladen ses fine Öer og Striber; intetsteds Aflejringer af actinomycosis.

I Atrierne fås en meget smuk amyloid Reaktion med Jod-jodkalium.

Hepar stor, Overfladen glat, Randene butte, Vävet er fast, gråbrunt, gennemskinnende voxagtigt.

Lien stor, fast, voxagtig. Snitfladen viser gennemskinnende knappenålhovedstore Korn.

Nyrene store, faste, Kapslen aflöses let, corticalis forögct, Vävet gråliggult, Tegningen tydelig.

4. *Luxatio genus.*

C. B., 43 År, Tömrer. Indk. d. $^{18}/_{12}$ 86. Udskr. d. $^{6}/_{2}$ 87.

Pat., en i övrigt sund, men ualmindelig svär Mand, kom til Skade, i det et Brät knäkkede under ham, og han faldt ned i en Kälder fra 5 til 6 Alens Höjde. Han stödte mod Gulvet med venstre Ben, der holdtes strakt, men under Faldet kom til at ligge ind under truncus ovenpå og krydset med höjre Ben. Han fik strax voldsomme Smerter og formåede ikke at stötte på Extremiteten. Ved Undersögelse på Hospitalet fandtes en typisk Luxation af tibia fortil. Tibias övre Flade föltes fuldständig tydeligt, patella var slap og bevägelig i alle Retninger. Condyli femoris stode i Höjde med Insertionen af musculus soleus, således at den nederste Del af condylus externus, der prominerede stärkt under den stramme Hud, stod 4 Cm. under överste Rand af tibia. Der var ingen Tegn på Blödning fra större Kar, ingen Ekkymoser eller Infiltrationer, og så vel arteria tibialis postica som pediæa pulserede godt. Der var overordentlig Ömhed for Tryk overalt i hele Regionen; ingen Tegn på Frakturer. Stillingen af Extremiteten ubetydelig hyperextenderet. Mål fra spina ilei anterior superior til Spidsen af malleolus externus viste en Forkortning af 4 Cm. Omkredsen over Midten af patella 48 Cm. mod 42½ Cm. på höjre Side. På Forfladen af crus et Par ganske overfladiske Exkoriationer, svarende til condylus externus en lidt dybere, men ikke perforerende. Under Kloroformnarkose

Reposition, Skinner, Stivelsebandage.

D. $^{24}/_{12}$. Bandagen aftages på Grund af Smerter og Temperaturstigning. Der er ret betydelig, grönliggul Ekkymose i poples og på Bagfladen af crus samt en Del bullæ med blodig, uklar Vädske. Svulsten taber sig jävnt opad og nedad. Halvt koaguleret Blod i Leddet, der er middelmådig udspändt.

Rp. Epithema boricum. Gouttière.

D. $^{14}/_{1}$. Han ligger nu frit i Sängen, kan löfte Benet fra Underlaget og flektere til omtrent en ret Vinkel. Ingen Ansamling i Knäet, men Infiltration af Blöddelene, der giver en Omfangsforögelse af knap 3 Cm. tvärs over patella. Han föler aldeles ingen Smerter; men der er Lateralmobilitet og Paralyse af Extensorerne (Peroneusgruppen inklusive) samt nedsat Sensibilitet på dorsum pedis og Forfladen af crus til det sädvanlige Gennemgangssted for den superficielle Gren af nervus peroneus. Faradisk Kontraktion af de paralyserede Muskler er nästen helt ophävet, selv for stärke Strömme.

D. $^{6}/_{2}$. Gangen nogenlunde. Paralysen mindre efter Anvendelse af Faradisation. Udskrives med Kapselskinne og kunstig Muskel for at kompensere Extensorparalysen.

D. $^{16}/_{7}$ 87. Han går nu godt, uden Skinne, men må endnu kaste Foden frem.

Luxationen af tibia fortil er den hyppigst forekommende Form af Knäluxation; således fandt Malgaigne 26 Gange Luxation fortil af 80 Tilfälde. Foruden disse 26 Tilfälde findes end videre indtil 1878 7 Tilfälde samlede af Verrolot (De la luxation compl. du tibia en avant. Thèse de Paris 1867) og 11 Tilfälde af Lossen (Deutsche Chirurgie. Lieferung 65. 1880). Det sidste Sted findes Side 25 en meget fuldständig Literaturfortegnelse over Knäluxationer i Almindelighed.

For at illustrere disses overordentlige Själdenhed vedföjer jeg en Luxationsstatistik for Kommunehospitalet, der omfatter alle de Tilfälde af Luxationer, der, efter Årsberetningerne, have väret indlagte i Kommunehospitalet i Tidsrummet fra 1864 til 1885 (inkl.).

Räkken omfatter 292 Tilfälde af travmatiske Luxationer, hvis Fordeling på de forskellige Artikulationer er fölgende:

Luxatio	claviculæ	9	Gange,
»	dig. manus	7	»
»	pollicis	4	»
»	carpi	2	»
»	ulnæ	1	»
»	radii	6	»
»	cubiti	55	»
»	humeri	174	»
»	femoris	10	»
»	patellæ	7	»
»	genus	1	»
»	pedis	8	»
»	tali	2	»

Luxatio hallucis	2	Gange,
» maxillæ inf.	2	»
» columnæ vert.	2	»

Lägges hertil det betydelige Antal af Luxationer, som behandles ambulant, et Antal, der, efter et Middeltal hentet fra Konsultationsstuens Protokoller, belöber sig til det firdobbelte Antal Tilfälde, så får man 1 Knäluxation på omtr. 1000 andre Luxationer.

Det eneste Tilfälde af luxatio genus, som i Tidsrummet 1864—1885 har väret behandlet på Kommunehospitalet, var en inkomplet Luxation udad, kompliceret med Fraktur gennem överste Ende af tibia. Pat. var en 63-årig Kvinde fra Ladegården, der havde pådraget sig sin Läsion ved at falde ned af Volden in ebrietate.

Netop som jeg havde nedskrevet oven stående, indlägges der atter (d. $^{9}/_{7}$ 87) en Pat. på Kommunehospitalets Afd. I med luxatio genus.

Det er en 32-årig, ualmindelig muskulös og kraftig Mand, der umiddelbart för Indläggelsen faldt ned fra et Trä i en Höjde af omtr. 10 Alen og i Faldet stödte det flekterede höjre Knä mod Jorden.

Der findes en Luxation af tibia bagtil kompliceret med en temmelig skråt forlöbende Fraktur gennem condylus externus femoris. Extremiteten noget udadroteret, et Par Cm:s Forkortning svarende til Forskydningen af tibia opad og bagtil. Patella frit bevägelig, men på Grund af Frakturen af condylus externus sunket udad og bagtil. Under Kloroformnarkose Reposition, der foregår med stor Lethed på Grund af den ved Frakturen bevirkede betydelige Löshed i hele Artikulationen. Betydeligt intra- og extrakapsulärt Hämatom med Ekkymosering af Huden samt en ubetydelig, ikke penetrerende Exkoriation på Forfladen af Knäet. Ingen Tegn på Läsion af Nerven, god Pulsation i arteria tibialis postica og pediæa.

Der anlägges Vägtextension, og Extremiteten anbringes i M'Intyre's Skinne.

5. *Morbus mentalis, opstået efter en amputatio uteri supravaginalis.*

E. O., 35 År, gift med Husmand. Indk. d. $^{7}/_{5}$ 87. Udskr. d. $^{21}/_{6}$ 87.

Pat., der hörer til en stärkt sindssygt disponeret Familie, — Moderen og en Söster ere bägge sindssyge —, har fra Barndommen haft mindst 5 Anfald af Gigtfeber. Allerede förste Anfald i 6 til 7 Års Alderen var kompliceret med Hjärtetilfälde. Siden den Tid har hun jävnlig lidt af Palpitationer og Kortåndethed. Hun har väret regel-

mässigt menstrueret fra sit 18de År, sidste Gang 3 Uger för Indläggelsen; har väret gift i 14 År, men aldrig väret gravid. Hun har aldrig frembudt Tegn på Sindssygdom eller nervöse Tilfälde af anden Art. For omtr. 3 Måneder siden led hun i nogle Dage af Besvärlighed ved Vandladningen, så Urinen en enkelt Gang måtte tages med Kateter. Siden den Tid har hun af og til haft ubestemte Smerter i Underlivet, og i den sidste Måned har der udviklet sig en jävnt voxende Svulst i Underlivet. Hun har stadig kunnet gå oppe, der har ingen Blödninger väret, og hun har i det hele befundet sig ret vel.

Pat. er i en tålelig Ernäringstilstand, ikke kakektisk. I nederste Del af Underlivet föles en tumor af fast, hård Konsistens og omtrent Barnehoveds Störrelse, der med sin opad afrundede överste Ende når til omtr. 3 Fingersbred under umbilicus. Den ligger til höjre for Midtlinien, men er ret frit bevägelig både opad og til venstre. Ved Exploration föles collum uteri af fast Konsistens, rettet bagtil og til venstre. Fattet med Tang, viser canalis cervicalis sig at väre noget strikturcret, Uterinsonden går skråt opad til venstre i 10 Cm:s Längde. Svulsten föles isoleret fra fundus, som kan föles over det venstre os pubis. Fra rectum hvälver Svulsten sig noget ned i fossa Douglassii og föles lidt adhärent til corpus ved Overgangen til collum, den kan dog ret godt löftes opad. Konsistensen er fast, Overfladen nogenlunde glat. Til venstre dybt i fossa Douglasii föles et ovalt, bevägeligt Legeme af Störrelse som Ovariet, samt et Par mindre, bevägelige, rundagtige Smålegemer. Höjre Ovarie föles ikke.

Hjärtedämpning fra costa ^{3} til costa ^{5}, i Bredden fra 1 Cm. indenfor venstre Sternalrand til 2 Cm. udenfor Papillärlinien, hvor ictus föles i Ink. ^{5}. Ved apex höres en udtalt präsystolisk og systolisk Mislyd; opadtil ere bägge Lyd omdannede til en ru Mislyd; denne höres ikke ud i aorta. Intet abnormt ved Lungernes Stetoskopi; ingen Cyanose eller Ödemer, ingen Ledaffektioner. P. regelmässig, kraftig. Tp. 38,3. Urinen normal. De påfölgende Dage var Tp. normal. Funktionerne i Orden.

D. $^{18}/_{5}$ foretages efter de sädvanlige antiseptiske Kavteler Operation.

Incision fra umbilicus til henimod Symfysen, samt et Sidesnit på et Par Tommer nedadtil til höjre. Svulsten, der var et Kystofibrom, dannedes af den meget stärkt udviklede höjre Side af uterus; höjre tuba og Ovarie, der i övrigt ligesom venstre vare normale, lå hen over Svulsten, og tuba insererede sig på Midten af denne. Efter at nogle temmelig löse Tilhäftninger bagtil og til höjre vare lösnede, vältedes uterus fortil ud af Såret, efter at der först ved Punktur var udtömt omtr. 150 Kcm. klar, gul, lidt blodig Vädske.

Höjre Ligament ligeredes i 2 Partier, om nederste Del af uterus lagdes ved Gennemstikning gennem Ligamentet en elastisk Snor, der efter stärk Stramning knyttedes til med Silke. Venstre Ligament ligeredes enkelt. Uterus afskäres over Slyngen tillige med bägge tubæ og Ovarier, disses Stumper kavteriseredes med platina candens og forsänkedes, hvorimod Uterinstumpen, hvis åbne Kanal strax var udbrändt med platina candens, kavteriseredes i hele sin Längde og holdtes ude

af Såret, der lukkedes med dybe og overfladiske Suturer. Der indlagdes en lille Jodoformmeche i nederste Sårvinkel og anlagdes tör Sublimatforbinding.

D. $^{19}/_{5}$. $\frac{39,1}{39}$. P. 120. Tungen hvidlig, halvtör. Udseendet ret godt. Har sovet efter Morfin. Ingen Smerter. Flatus afgåede. Diuresen 265. Urinen indeholder Spor af Äggehvide.

D. $^{20}/_{5}$. $\frac{40,2}{39,8}$. En Del Oppression og stenokardiske Anfald i sidste Dögn bedret efter digitalis og injectio morphin. 0,01. P. 130 kraftig. Ansigtsudtrykket ikke dårligt. Hun er fuldständigt sui compos, men har i sidste Dögn lidt en Del af Frygt for at skulle dö.

D. $^{21}/_{5}$. $\frac{39,1}{39}$. Et kortvarigt Åndenödsanfald i Aftes, ellers vel. Har i sidste Dögn fåt tincturæ digitalis æthereæ gtt 15 — 4 G. Ingen Hikke, ingen Smerter i Underlivet. Pulsen har hävet sig, 108. Diur. 705. Urinen uden Äggehvide.

D. $^{22}/_{5}$. $\frac{39,6}{39,8}$. P. 110. Diur. 960. Ganske god Sövn, fremdeles ingen peritonitiske Tilfälde. Klar Perkussion overalt på hele Underlivet, der hverken er ömt eller opdrevet. Mechen i nederste Sårvinkel fjärnes; der er intet pus omkring den, Såret af et godt Udseende.

D. $^{23}/_{5}$. $\frac{39,6}{39}$. Diur. 570. Var i Går meget urolig, slog og sparkede om sig og vilde ud af Sängen. Er i Dag uklar og forvirret, men rolig. Mislyden er noget tiltaget i Styrke. P. 120 regelmässig, kraftig. Rp, Solutio brometi kalici Gm 10—Gm 150. 1 Spskf. 6 Gange dagl. — Is på Präkordiet 2 til 3 Timer dagl.

D. $^{24}/_{5}$. $\frac{39}{38,6}$. Diur. 510. Hun er stadig uklar og forvirret, tydeligt hallucineret. Såret fuldständigt reaktionslöst. Underlivet naturligt, ingen Suppuration om Stilken. Alle Spor af Jodoform og Sublimat fjärnes. Rp. Närende regimen.

D. $^{25}/_{5}$. $\frac{39}{38,9}$. Diur. 590. Hendes Tilstand antog i Går fuldständigt Karakteren af en stupid Melankoli. Kl. 9 i Aftes faldt hun i Sövn efter injectio morphin. 0,01. Sov derefter roligt til Kl. 4. Da hun vågnede op, var hun i en fuldständig maniakalsk Tilstand. Hun var ganske ustyrlig, slog om sig og skreg af fuld Hals. Efter en Times Rasen faldt hun til Ro og sov 1½ Time; derefter har hun af og til haft kortvarige maniakalske Anfald. Ved Stuebesöget befinder hun sig atter i Depressionstilstand og er rolig. Rp. Vini thebaici gtt 10 hver 3dje Time.

D. $^{26}/_{5}$. $\frac{38,9}{39,9}$. Diur. 590 +. I sidste Dögn roligere, men stadig uklar og hallucineret. Bandagen er bleven lidt forskudt under hendes

stärke Bevägelser. Der er kommet lidt Rödme om nederste Del af af Såret, ingen Pussekretion, ingen Tegn på Abscesdannelse eller Peritonealaffektion.

D. $^{27}/_5$. $\frac{39,2}{39,3}$. Diur. 330 +. Har slet ikke sovet hverken i Går eller i Nat. Hun ligger oftest temmelig rolig og småvrövler, undertiden rejser hun sig over Ende i Sängen og ler umotiveret, taler fuldständigt forvirret. Maden må nödes i hende. Urinen sur, stärkt plumret af Urater, måske Spor af Äggehvide.

D. $^{28}/_5$. $\frac{39,2}{39,2}$. Diur. 330 +. Tilstanden i det hele uforandret, har ikke sovet i 3 Nätter. På Grund af Koprostase har hun ikke fået Opiater.

D. $^{29}/_5$. $\frac{38,7}{38,7}$. Diur. 610 +. Hun er lige forvirret; taler kun nödigt. Nyder en Del mere, navnlig flydende Ting. Af og til involuntär Vandladning. Sövn efter Morfin. Såret er lidt suppurerende i sin nederste Del. Der er Suppuration i en enkelt Stikkanal, hvorfra den tilsvarende Sutur fjärnes. Hun river Bandagen af, når hun kan komme til.

D. $^{30}/_5$. $\frac{38,7}{38,7}$. Diur. 600 +. Resten af Suturerne fjärnes. Hjärtets Stetoskopi uforandret.

D. $^{31}/_5$. $\frac{39,3}{38,6}$. Diur. 460 +. — D. $^{1}/_6$. $\frac{39}{39,1}$. Diur. 430 +.

D. $^{2}/_6$. $\frac{39,2}{39,5}$. Måske lidt mindre uklar. I Dag fjärnes den elastiske Ligatur fra den mortificerede Stumprest. Underlivet naturligt, ingen Udfyldninger i det lille Bäkken.

D. $^{3}/_6$. $\frac{40,4}{39,2}$. Kun ubetydelig Suppuration om Stilken.

Rp. Kinin Gm 1.

D. $^{4}/_6$. $\frac{39,8}{39,2}$. — D. $^{5}/_6$. $\frac{39,3}{38,7}$. Stadig uklar og forvirret, må mades. Hjärtets Forhold uforandrede, ingen Ledaffektioner.

D. $^{6}/_6$. $\frac{39,2}{38,1}$. — D. $^{7}/_6$. $\frac{38,3}{38,8}$. — D. $^{8}/_6$. $\frac{38,5}{38,8}$.

Den påfölgende Tid gik Temp. ned lidt efter lidt, til noget over 37°. Såret helede godt. Hendes psykiske Tilstand antog Karakteren af en udpräget Stupiditet. Efter at hun var begyndt at komme op, sad hun for det meste slöv hen, uden at kunne bringes til at beskäftige sig. Hun var näppe rigtigt orienteret, Ansigtsudtrykket slövt, stillestående, af og til noget vrövlende. Hun beskäftigede sig kun med nogle ganske få Idéer, der drejede sig om, »at hun aldrig kom sig», »at hun ikke duede til noget», »at hun aldrig kom ud» o. s. v. Hun udskreves d. $^{21}/_6$ til Observation på et Amtssygehus.

I et Brev, dateret d. $^{7}/_7$ 87, fra hendes Läge meddeles, at hendes Tilstand har forbedret sig meget siden. Såret overfladisk granulerende, hun sover uden Sovemiddel. Funktionerne i Orden. Stemningen naturlig, hun er fuldständig klar og ser Fremtiden tillidsfuldt imöde.

Betydningen af operative Indgreb som ätiologisk Moment for Sindssygdom har kun väret meget lidt behandlet og näppe nogensinde väret tilsträkkeligt bevist, til at man kan drage nogen bestemt Slutning deraf. De Tilfälde, der ere sete, dels efter forskellige Öjenoperationer, hvorved Pat. for kortere eller längere Tid er bleven berövet Synet, dels hos Mänd efter Kastration, kunne kun indirekte siges at have Operationen som Grund, idet det närmere er dennes Fölger, respektive Blindheden og Bevidstheden om Impotens, der fremkalder Sygdommen. Medens der har väret talt og skrevet nok om forskellige gynäkologiske Operationers kurative Virkning på Psykoser af forskellig Art, så har jeg ved et rigtig nok kun temmelig flygtigt Gennemsyn af Literaturen, kun kunnet finde refereret et eneste Exempel på det modsatte nemlig Sindssygdom som Fölge af en gynäkologisk Operation.

Det pågäldende Tilfälde findes refereret i Berliner klinische Wochenschrift 1880, N:r 34 af Herm. Lossen og Fürstner som »eine Péansche Hysterotomie mit nachfolgender Manie».

Pat. var en 47-årig, ikke hereditärt disponeret Kvinde, hos hvem der 7 Dage efter en Hysterotomi udbröd en akut Mani, der forlöb på 6 Uger, hvorefter Pat. kom sig. Forff. mene bestemt at kunne udelukke alle andre Momenter, som Alkoholisme, Inanition, Intoxikation og da navnlig sepsis; men Gennemläsning af Sygehistorien viser, at Infektion dog näppe så bestemt kan udelukkes. Trods det nogenlunde feberfri Forlöb og Operationssårets reaktionslöse Udseende (ligesom i det fra Afd. I refererede Tilfälde holdtes Stumpen udenfor Bugsåret) viste der sig nemlig, 15de Dag efter Operationen, under Temperaturstigning Tegn på Dannelsen af en Absces i Abdominalväggen. Denne svandt vel spontant under Behandling med varme Omslag, og Feberen ophörte; men 25 Dage efter Operationen kom der atter Temperaturstigninger, og derefter udviklede der sig Symptomer, der närmest må tydes som havende haft en Lungeabsces eller lignende Affektion af Brystorganerne til Grund. Forff. mene dog ikke at burde tage disse forskellige Symptomer i Betragtning, men anse Tilfäldet for en Mani, fremkaldt ved Operationen, i det de navnlig nävne den ved Operationen forårsagede Udebliven af Menstruationen som et af de väsentligste Momenter. Udbruddet af Manien faldt sammen med det Tidspunkt, hvorpå Menstruationen kunde have väret väntet.

At der i oven stående fra Afd. I refererede Tilfälde virkeligt foreligger en Sindssygdom, som man, når den skal have et Navn, vel närmest må kalde en akut hallucinatorisk Forvirring, er utvivlsomt; men det tvivlsomme bliver, hvilken Andel man må tilskrive den udförte Operation i Fremkaldelsen af Sindssygdommen.

Pat. var, som allerede meddelt, stärkt hereditärt disponeret, og de mange Anfald af Gigtfeber samt den betydelige Hjärtesygdom have muligvis haft deres Andel, om ikke i selve Udbruddet af Sindssygdommen, så dog i at forberede en gunstig Jordbund for denne. Ligesom i LOSSENS og FÜRSTNERS Tilfälde falder Udbruddet af Psykosen så temmelig sammen med den förste Udebliven af Menstruationen, hvilket måske kan have haft sin Betydning. Inanition, Alkoholisme og Urämi synes bestemt at kunne udelukkes; det samme gälder Intoxikationer, navnlig med Jodoform, der kun var anvendt i en meget ubetydelig Mängde, nemlig som en lille meche af Jodoformgaze.

Anderledes stiller det sig med Spörgsmålet om en Infektion, og at en sådan har väret til Stede og muligvis väret en virksom factor i Fremkaldelsen af Sindssygdommen, forekommer mig at blive det sandsynligste, når man ser hen til den gennem så lang Tid betydeligt forhöjede Temperatur, som det var umuligt at finde nogen som helst palpabel Årsag til. Den rimeligste Opfattelse af hele Tilfäldet bliver således, for korteligen at resumere oven stående, at der foreligger et Tilfälde af akut hallucinatorisk Forvirring, opstået hos et hereditärt disponeret Individ, der var forberedt ved tidligere Gigtfebere og en betydelig Hjärtesygdom, og at Lejlighedsårsagen til Udbruddet er den stärke og langvarige Feber, fremkaldt ved en, gennem en Operation bevirket Infektion.

Til sidst skal jeg kun korteligen referere et Par Sygehistorier, hentede fra Afdelingens Journalmateriale fra den seneste Tid, og som i flere Henseender synes mig interessante.

6. *Hernia scrotalis dextra.*

V. S., 1½ År gl, Sön af Skräddersv. Indk. d. 1/6 87. Udskr. d. 26/6 87.

Barnet, der i övrigt er sundt, har, fra han var ½ År gammel, haft et hernia scrotalis dextra, hvorfor han har brugt bracherium til for få Dage siden, da Bandagen ikke längere formåede at holde Brokket inde.

Hele höjre Ingvinalregion og Skrotalhalvdel udspilet af en nästen gåseägstor Svulst, däkket af naturlig Hud og indeholdende gurglende ansæ samt fastere Masser, der fortsätte sig op i Kanalen. Nedenfor alt dette ligger den noget forstörrede testis. Det lykkes kun delvist at reponere Brokket under Narkose. Ingen Inkarcerationstilfälde.

D. $^8/_6$ göres Herniotomi.

Det viste sig da, at foruden nogle Tyndtarme tät over Ileo-coekal-Klappen fandtes hele coecum med processus vermiformis fremlagt og forenede dels med testis, dels med Bindevävet i Egnen af annulus med så faste Adhärencer, at det först lykkedes at reponere det, efter at testis var präpareret fra og coecum lösnet fra Omgivelserne. Tyndtarmene vare frie og lode sig let före tilbage. Canalis ingvinalis var forsvunden, i det annulus internus og externus dannede én Åbning. Crura lukkedes sammen med 3 Katgutsuturer, tunica vaginalis dränedes med et gennem Bunden af scrotum indlagt Drän, hvorefter Operationssåret forenedes i hele sin Udsträkning, og der anlagdes Salicylforbinding.

Forlöbet fuldständig gunstigt. Dränet fjärnedes d. $^{14}/_6$, Suturerne d. $^{15}/_6$, og Barnet udskreves d. $^{20}/_6$ med en elastisk bracherium.

7. *Cancer cardiæ. Gastrostomi. Dödelig Hämorragi fra arteria coronaria ventriculi.*

L. J., 47 År, Gårdmand. Indk. d. $^5/_6$ 87. † d. $^{14}/_6$ 87.

Pat. er af sund stirps, har altid tidligere väret rask. For ¾ År siden märkede han, at Maden under Synkningen standsede lidt bag nederste Ende af sternum. Dette Synkebesvär er siden stadig tiltaget, i det der dog af og til har väret Remissioner, således at han en kort Tid har kunnet synke bedre. Sidste 2 Måneder har han ikke kunnet få fast Föde ned, og sidste 14 Dage har han kun kunnet synke en Spiseskefuld flydende Kost ad Gangen med et Par Minutters Mellemrum. Forsöger han at synke mere ad Gangen eller med kortere Mellemrum, gylper han en Del op igen. I den senere Tid ere Huld og Kräfter svundne stärkt. Han har aldrig opbragt Blod; ubetydelige Smerter. Åbningen träg.

Pat. ses nu mager, men ikke egentlig kakektisk. Underlivet i det hele naturligt; ubetydelig Ömhed i cardia; ingen tumor. Hepar fra costa 6 til Kurvaturen. Mindste Ösofagusbougi standser 43½ Cm. fra Tandräkken.

D. $^7/_6$ göres på sädvanlig Måde Gastrotomi.

Peritoneum parietale lagdes til Hudsårranden med Knudesilkesuturer, hvorefter Ventriklen, som lå lige for, häftedes til med Forfangssuturer, én i hver Ende gennem bägge Sårvinkler og Ventriklen. Mellem

disse lagdes 2 Lateralsuturer til hver Side, og Ventriklen åbnedes imellem disse så meget, at netop et Dränrör kunde passere. Dränet fixeredes med en Silkesutur, og Såret ätsedes med Klorzink.

I Löbet af Dagen indgives ham lidt Vin og Vand gennem Dränet, i övrigt ernäres han forelöbigt med clysmata nutrientia.

D. $^{9}/_{6}$. Normal Temperatur, ingen Tilfälde efter Operationen, ingen Törst.

D. $^{11}/_{6}$. I Dag afslutter han med de ernärende Klysterer, i det der nu indhäldes rigelig flydende Föde gennem Dränet, der slutter godt til.

D. $^{13}/_{6}$. I Går faldt han lidt sammen. Efter oleum ricini afgik sammen med Åbningen en Del sort Blod, ligesom der også gik kaffegrumslignende Vädske ud igennem Fistelen. Efter stimulantia og Indhäldning af solutio chloreti ferrici har han rettet sig noget.

D. $^{14}/_{6}$. Kollaberede i Dag langsomt; der afgik en mindre Mängde Blod gennem Dränet. Döde efter 3 Timers Forlöb.

Ved Sektion d. $^{15}/_{6}$ findes Glandlerne i regio supraclavicularis sinistra af Ärts Störrelse, hvidligt infiltrerede og faste på Snitfladen. I cardia findes en Striktur ragende ½ Cm. op i œsophagus og kun tilladende Passage for en tyk Myrtebladssonde. Väggen omtr. 1 Cm. tyk, infiltreret med hvidlig Svulstmasse. Ned i Ventriklen sträkker sig en speciestor Ulceration med stärk infiltreret Rand og Bund, i hvilken der ses et ärtestort Hul, der förer ind til Arterien langs curvatura minor. Ventriklen er stärkt dilateret, indeholder omtr. 1 Pot flydende Blod og friske Koagler. Ventriklens Slimhinde stärkt blodimbiberet, men frembyder i övrigt intet abnormt.

Gastrotomisåret i Ventriklen findes 1½ Tomme over pylorus. Maveväggen fuldständig forenet med peritoneum, og Dränröret rager 2 Cm. ind i Ventriklen.

De retroperitoneale Glandler ere svulne og hvidligt infiltrerede på Snitfladen. Bagtil er Kancersåret loddet til pancreas og sträkker sig ind i dennes Väg.

I Tyndtarmen findes en rigelig Mängde flydende og koaguleret Blod, i colon tjärefarvede fæces. I övrigt intet abnormt.

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Om exstirpation af tuba Fallopii och denna operations indikationer

af

F. J. E. WESTERMARK.

Historik.

Exstirpationen af tuba Fallopii, som de senaste åren tilldragit sig ett mycket stort intresse, har icke några gamla anor. Den förste, som utförde denna operation, synes hafva varit SPENCER WELLS.[1]) Detta är så mycket märkligare, som han sedermera varit denna operations ifrigaste motståndare. Fallet gäller en 23 årig, ogift kvinna, som i juli 1877 upptogs i Samaritan Hospital för en buktumör, som ansågs vara en multilokulär ovarialcysta. Men efter incisionen fann man två svulster, hvilka visade sig utgöras af de hydropiskt utspända tuborna, hvilka exstirperades.

I sitt berömda arbete Die Castration der Frauen[2]) beskrifver HEGAR ett fall (fall V, s. 137) af periooforit, salpingit m. m., i hvilket han den 19 oktober 1877 med framgång exstirperade tubor och ovarier på båda sidorna. Detta fall är, så vidt jag kunnat finna, det andra i literaturen omnämnda, i hvilket denna operation blifvit utförd. Nästa fall synes också vara af HEGAR och opererades den 9 februari 1878 (fall VII, s. 140). I båda fallen kallar han operationen kastration, men af beskrifningen framgår, att han utom ovarierna äfven borttog de förändrade och i första fallet varfylda tuborna. Bland indikationerna för kastration upptager han också (s. 91) »chronische Entzündungsprocesse der Tuben, des Beckenbauchfells und Parametriums, wenn auch nicht primär durch pathologische Processe im Ovarium entstanden, doch durch die Ovulation stets von Neuem angeregt und recidivirend», och förordar den samtidiga exstirpationen af tuborna, om man vid en af andra grunder föreslagen exstirpation af ovarierna stöter på en med var fyld tuba, liksom det omvändt, säger han, säkerligen är tjänligt, om man vid en operation, vid hvilken exstirpation af tuban är föreslagen, äfven borttager ovariet.

[1]) SPENCER WELLS, Unterleibs-Geschwülste, übersetzt v. VRAGASSY. 1886, s. 405.
[2]) Volkmanns klin. Vorträge n:r 136—138.

Emellertid synes man i Tyskland till en början icke hafva fäst större vigt vid denna af HEGAR uppstälda indikation. Vid af andra grunder gjorda laparotomier påträffades dock några gånger inflammerade tubor, hvilka aflägsnades. En sådan operation gjordes af BAUMGÄRTNER[1]) den 19 augusti 1878 på en patient, på hvilken för 3:e gången gjordes laparotomi.

Vid en ovariotomi för en vänstersidig äggstockcysta, som samma år utfördes af v. MOSETIG-MOORHOF[2]), fann han i högra hypokondriet en tumör, som liknade en tjock, långsträckt korf af intensift röd färg, gående i tarmliknande krökningar ned mot bäckenet. Tumören, som var 20 ctm. lång, visade sig vara den hydropiska högra tuban, som aflägsnades tillsammans med ovariet.

Året därpå utfördes i Tyskland, såvidt bekant, endast en sådan operation, denna af SCHWARZ[3]) i Göttingen. Fallet, som offentliggjorts af FELDMANN i en diss. inaug. 1879, opererades den 28 maj s. å. under diagnosen dubbelsidig ovarialtumör och visade sig vid operationen vara en dubbelsidig pyosalpinx. FELDMANN tror, att det handlade om en kongenital tillslutning af ostium uterinum med sekretanhopning, och att sekretet, som ursprungligen varit seröst, genom den i följd af ett giftermål inträffade retningen blifvit purulent.

Om sålunda äran att vara den förste, som utfört exstirpation af tuban, tillkommer SPENCER WELLS, så är det dock LAWSON TAIT i Birmingham, efter hvilken operationen också kallas TAITS operation, som gjort den till den modernaste inom bukkirurgins område.

Första impulsen till utförande af operationer på tuban synes TAIT hafva erhållit, då han den 21 juni 1877 opererade en 38-årig kvinna, på hvilken han gjort en oriktig diagnos på ovarialcysta. Vid operationen syntes i buksåret en till peritoneum adherent tumör, som visade sig vara en mycket förstorad tuba. Misstänkande, att det kunde vara en tubargraviditet, löste han icke adherenserna utan öppnade cystan i medellinien med en fin trokar och uttömde därvid en mängd tjock, mörkbrun vätska, som hade den egendomliga lukten af menstrualblod. Säcken syddes fast i buksåret och dränerades. Läkningen blef fullständig.

De första meddelandena från TAIT, beträffande denna operation, datera sig från 1881[4]), då han offentliggjorde ett fall af

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1879, n:r 5.
[2]) Ctbl. f. Gyn. 1879, s. 21.
[3]) FELDMANN, Ctbl. f. Gyn. 1880, s. 23.
[4]) Brit. med. journ. 1881, s. 766.

exstirpation af adnexerna för en pyosalpinx. Vid en diskussion inom den kirurgiska sektionen af den internationela kongressen i London omnämnde han 4 operationer för varbildning i tuba Fallopii[1]).

Samma år förekommer af honom en berättelse om 110, sedan den 1 november 1880 gjorda laparotomier[2]). Bland dessa förekommer exstirpation af uterusbihangen (»removal of the uterine appendages») för hydrosalpinx 5 gånger och för pyosalpinx 3 gånger. Angående dessa fall säger han, att inflammationer i tuborna med utgång i hydrosalpinx och pyosalpinx mycket ofta gifva anledning till häftiga symptom och indicera operationen, vid hvilken TAIT alltid jämte tuborna äfven aflägsnar ovarierna, hvilka icke mer skulle hafva någon funktion att fylla och genom den fortsatta ovulationen endast skulle åstadkomma nya rubbningar.

Året därpå demonstrerade han inför Obst. soc. of London den 7 juni[3]) 15 preparat af exstirperade hydro- och pyosalpinx, vid hvilka sjukdomar han alltid anser operationen indicerad. Däremot hade han till följd af det tvifvelaktiga resultatet vid nevrasteniska tillstånd blott 4 gånger beslutat sig för operation och vill icke vidare utföra den.

Hans operation och i synnerhet hans ställande af indikationerna mötte emellertid en stark opposition, synnerligast från de store Londongynekologernes sida. Man påstod, att hans uppgifter icke voro sanna, »a criticism», säger han, »which no one had the hardihood to make in public, but which was diligently circulated by some of whom I expected better things».

Nästa invändning var den, att han »kastrerade kvinnor — aflägsnade friska ovarier från friska kvinnor», en uppgift, som upprepades af flere medicinska tidskrifter, bland dem Lancet. Till och med i gynekologiska handböcker, sådana som den af HART och BARBOUR, talade man om »excising of the ovaries for hydrosalpinx and pyosalpinx».

Genom sitt arbete The diseases of the ovaries 1883, ur hvilket ofvanstående citat äro hemtade, gifver han, han hoppas för sista gången, en eftertrycklig dementi åt alla dessa »tanklösa förvrängningar».

---

[1]) Ctbl. f. Gyn. 1881, s. 612.

[2]) Med. Times and Gaz. 1881, II, s. 544, 625.

[3]) Ctbl. f. Gyn. 1882, s. 832.

I själfva verket innehåller detta originela och intressanta arbete en mängd detaljer angående hans operationer för hydro-, pyo- och hematosalpinx, hvilka synas mig vara af den beskaffenhet, att man vid ett opartiskt bedömande icke kan tvifla på deras sanningsenlighet. Af synnerligt stort intresse i detta hänseende är kap. II, Errors of development of ovaries and oviducts. I detta meddelar han sin åsigt angående tubarsvulsternas patogenes. Någon gång anser han dem bero på hämmad utveckling af tuborna, då de befinnas vara tillslutna i båda ändarna och utspända af vätska, bildande cystor. Tillslutningen vid den yttre änden af tuban bildades ofta af starka adherenser till ovariet, hvilka möjligen vore af kongenitalt ursprung, men mer sannolikt inflammationsprodukter.

Han öfverensstämmer fullständigt med öfrige författare, då han antager, att sådana inflammatoriska affektioner, som sprida sig till uterus, kunna gå längs tuborna och frambringa ovarial- eller peritoneal-sjukdom. Särskildt fäster han sig vid sådana inflammationsprocesser, som åstadkomma en destruktiv deskvamation af det cilierade epitel, som bekläder tubornas insida. »Funktionen af detta cilierade epitel», säger han, »såväl som den af tubornas peristaltiska rörelser är tydligtvis hufvudsakligen till för äggets passage nedåt; men det synes mig också antagligt, att det är till för att hindra kontakten af spermatozoen med ägget, till dess det senare har nått den kavitet, som är afsedd för dess utveckling. Påståendet, att kontakten eger rum, innan ovum har nått uterus, synes mig vara ett antagande, som är grundadt på otillräckliga bevis eller — inga bevis als. A priori kunna vi trygt säga, att, om detta vore fallet, tubarhafvandeskap och de olyckor, som följa dem, måste vara mycket vanligare, än de äro, och jag tror, att det är mer sannolikt, att den verkliga orsaken till denna händelse är sammanträffandet af en mängd omständigheter, hvaraf den vigtigaste är tillintetgörelsen eller förminskningen af ciliarrörelsen. Inflammatorisk deskvamation kan således vara och är sannolikt ingen ovanlig orsak till tubarhafvandeskap. Tillintetgörelsen af tubans epitel kan också, och gör det otvifvelaktigt ofta, förorsaka atrofi eller tillslutning af tuborna, och tillslutning af tubornas mynningar kan vara orsak till en annan sjukdom i tuborna, hvaraf jag har sett ett betydligt antal fall, — hydrops tubæ. Det faktum, som omtalas af många författare, att båda tuborna vanligen äro angripna, antyder, att hydrops tubæ vanligen är följden af en inflammationsprocess.»

Detta, såsom det synes, mer på teoretiska grunder stödda antagande har sedermera fått ett betydligt stöd genom en undersökning af FERGUSSON, som konstant funnit cilieförande cylinderepitel vid hydro- och pyosalpinx.[1])

I kap. VI, Recent extensions of abdominal and pelvic surgery, anser TAIT, att hans resultat vid laparotomin numera äro så goda, att han vågar uppställa följande kirurgiska lag, »that in every case of disease in the abdomen or pelvis, in which the health is destroyed or life threatened, and in which the condition is not evidently due to malignant disease, an exploration of the cavity should be made».

Denna lag går såsom en röd tråd genom alla hans föredrag och genom alt hans görande och låtande. I öfverensstämmelse därmed ställer han vanligen ingen bestämd diagnos i fråga om små tumörer i bäckenet; han nöjer sig ofta med diagnosen »tube case» och gör därpå profincision. Men att hans diagnos icke är så obestämd, som det vid första påseende kan se ut, framgår bland annat däraf, att profincisionen i 97 $^0/_0$ af alla fall ger anledning till vidare operation.

I samma kapitel lemnar han en tabellarisk öfversigt af sina 44 första exstirpationer af uterusadnexerna för hydro- och pyosalpinx. Af denna framgår, att han gjorde sin första hithörande operation den 23 maj 1879 för en hydrosalpinx. Den andra utfördes den 11 oktober samma år för en pyosalpinx. De följande åren växte hans material ganska hastigt. 1880 utförde han 3 sådana operationer för hydro- och 3 för pyosalpinx, 1881 10 för hydro- och 4 för pyosalpinx, 1882 10 för hydro- och 12 för pyosalpinx, alla med framgång. I ett föredrag, som han höll i Obst. soc. of London den 7 nov. 1883[2]) nämnde han, att han utfört 62 exstirpationer af hydro- och pyosalpinx, hvaraf ingen med dödlig utgång. I endast ett fall betecknas resultatet såsom ofullständigt. Vid detta tillfälle gick han närmare in på sjukdomens etiologi, och i sammanhang därmed berättade han 3 sjukhistorier, alla med olika ursprung. Det ena fallet, som varit behandladt med ett intrauterint pessarium, gaf honom anledning att fördöma missbruket af sådana. Det andra anser han vara beroende på en förkylning och det tredje på gonorré hos mannen. Alla tre fallen voro suppurativa salpingiter och gingo

[1]) New-York med. journ. 1885, s. 211, 228.

[2]) Obst. Transact. 1883, s. 234.

genom exstirpation till hälsa. Såsom fjärde orsak nämner han puerperal peritonit. Bland orsakerna är enligt honom gonorré den vanligaste, därnäst puerperal inflammation. I några fall ansåg han, att pessarier varit initialorsaken, och i alla fall förvärrade de sjukdomen. De sällsyntaste fallen vore de, i hvilka orsaken uteslutande vore katarral, eller i hvilka ingen orsak kunde bestämmas. I alla fall ansåg han, att det enda radikala botemedlet vore kirurgiskt ingrepp.

Förut hade han samma år flere gånger visat preparat af hydro- och pyosalpinx, som han exstirperat, och kort därefter visade han ett egendomligt preparat af en dittils obeskrifven sjukdom i tuborna [1]).

TAITS utmärkta resultat manade till efterföljd på flere håll, icke blott i England, där KNOWSLY THORNTON [2]) 1883 utförde sin första exstirpation af en dubbelsidig pyosalpinx. I Tyskland upptogs frågan af MARTIN, hvilkens 8 första fall publicerats af BERTRAM [3]). Bland dessa hade han haft ett dödsfall. BERTRAM och MARTIN förorda på grund af detta resultat laparotomin såsom det mest radikala medlet till behandling af tubartumörerna.

Vidare opererade ZEISS [4]) ett fall af pyo- och hematosalpinx med framgång.

I Amerika, där TAITS operation sedermera vunnit mycket stor utbredning, opererade T. GAILLARD THOMAS [5]) 4 fall, 3 med framgång och ett med dödlig utgång. I afseende på tubornas beskaffenhet var vid samtliga fallen före operationen ingen exakt diagnos ställd. Det inciderades för att aflägsna ovariet ensamt eller tillsammans med tuborna; i de två första fallen betecknas incisionen såsom profincision. Endast då lidandet är odrägligt, vill han enligt TAITS förslag företaga exstirpation af adnexerna.

Angående tubans sjukdomar är 1884 års literatur mycket rik. I VIRCHOW-HIRSCHS Jahresbericht yttrar GUSSEROW angående årets arbeten på detta område: »Under detta år har gent emot de föregående literaturen om tubarsjukdomarna betydligt ökats, till bästa bevis därför, att gynekologerne bemöda sig om att vidga vår bristande kännedom om tubans affektioner, hvilka hittils i läroböckerna äro styfmoderligt behandlade, och hvilka dock

[1]) Obst. Transact. 1883, s. 249.
[2]) Obst. Transact. 1883, s. 139.
[3]) Berl. klin. Wochenschr. 1883, n:r 4, 5.
[4]) Ctbl. f. Gyn. 1883, s. 745.
[5]) Ctbl. f. Gyn. 1883, s. 422.

synas komma att spela en stor rol inom gynekologin. Behofvet att alt mer lära känna de patologiskt-anatomiska processer, som afspelas i tuban, de företeelser, som däraf härflyta, deras diagnostik, föreligger så mycket mer, som den hittills varande terapin för tubarsjukdomarna varit tämligen tröstlös, och vi dock kunna hoppas att kunna bekämpa dem på tillfredsställande sätt på kirurgisk väg. Att denna förhoppning icke är ogrundad framgår redan ur de goda resultat, som den operativa behandlingen af de detta år talrikt offentliggjorda fallen har att uppvisa. Var det hittils hufvudsakligen engelsmän och amerikanare, som, eggade af LAWSON TAIT, på kirurgisk väg ryckte tubarsvulsterna på lifvet, så synes nu äfven i Tyskland behandlingsmetoden finna alt flere anhängare, och i synnerhet är det SÄNGER, MARTIN, GUSSEROW och andra, som under det förflutna året genom kliniska och anatomiska undersökningar gifvit anledning till vidare studier och försök.»

SÄNGER[1]) hade opererat i 4 fall af salpingit. Resultatet var i ett fall fullkomligt. Smärtorna, som förut funnits, hade försvunnit, likaså flytningen. I ett andra fall bildade sig efter operationen ett hönsäggstort perimetritiskt exsudat, som gick till fullständig resorption. I det tredje kom det till exsudatbildning, men äfven där synes resorption hafva inträdt. I det fjärde var resultatet negatift. Han anser det vara mycket vigtigt, att tuborna fullständigt aflägsnas och icke endast stycken däraf. Vid samtidigt förekommande ooforit eller perioophorit vore ofta en kombinerad operation, en salpingo-ooforektomi (sådan som den numera vanligen utföres) nödvändig. Invändningen, att sjukdomen äfven efter operationen fortfore i uterinslemhinnan, hade ingen betydelse. Då man endast hade att göra med den, och den är tillgänglig för behandling, så kunde en definitiv hälsa säkert ernås.

MARTIN[2]) hade vid kongressen i Köpenhamn något modifierat sina åsigter angående salpingiternas behandling. Han hade till denna tid opererat 18 fall med 5 dödsfall, däribland 4 till följd af sepsis. Genom detta relatift dåliga resultat synes han hafva kommit till den åsigt, att den medicinska och dietetiska behandlingen är bättre, än man vanligen antager. I många fall kunde förbättring inträda. Sannolikt menar MARTIN här de enkla katarrala salpingiterna, som äro en följd och fortsättning

[1]) Ctbl. f. Gyn. 1884, s. 650.
[2]) Ctbl. f. Gyn. 1884, s. 578.

af den enkla endometriten. Till detta antagande föranledes jag af den omständigheten, att MARTIN från 1883 till 1884, således under loppet af ett år, opererat 10 fall, och att han äfven senare fortsatt sina operationer, så att deras antal i februari d. å. uppgått till 77 med 14 dödsfall.[1]) Emellertid synes MARTIN, enligt hvad detta senaste meddelande ger vid handen, återigen hafva kommit ifrån den medicinska och dietetiska behandlingen, då han bland dessa 77 exstirpationer upptager så mycket som 24 för salpingitis chron. cat., dit han icke räknar hydrosalpinx.

I diskussionen till MARTINS nyss nämnda anförande yttrade HEGAR, att han ansåge, att, om dessa sjukdomar hade varat längre tid, de aldrig mer kunde fullständigt botas. Det operativa aflägsnandet af de degenererade bildningarna vore ofta nödvändigt, men operationen vore svår och följderna i afseende på plågornas upphörande icke mycket gynsamma, då ofta rekurrerande inflammationer efter väl aflupna operationer kunde följa.

SIMPSON förordar profincision, då diagnosen icke på annat sätt kan ställas. För öfrigt påpekar han undersökningen från blåsan.

GUSSEROW[2]) opererar små svulster i bäckenet vid för handen varande perimetrit och fäster sig icke närmare vid, om det handlar om små ovarialtumörer eller tubarcystor. Han gör incision, om han vid en för handen varande perimetrit kan palpera en liten svulst, äfven om han icke närmare kan bestämma dess karakter — om den utgår från ovariet eller tuban. Han hade till 1884 opererat 7 sådana fall; bland dessa handlade det en gång om en liten ovarialcysta med hydrosalpinx och en gång om pyosalpinx.

SCHRÖDER[3]) anser pyosalpinx för mycket farlig. Om också varet icke i alla fall kan vara likartadt, så har det dock en betydlig infektionskraft, så att exstirpation alltid är mycket vansklig. Operation för hydrosalpinx är mycket gynsammare. Han förordar för öfrigt profincision.

QUETSCH,[4]) som offentliggör en af KALTENBACH verkstäld exstirpation, uttalar den åsigten, att vid pyosalpinx laparotomin är det säkraste och mest radikala förfarandet och är att föredraga framför alla andra metoder. I afseende på diagnosen fäster han stor vigt vid egendomliga kramp- och kolikliknande smärtor; menstruationsanomalier kunna enligt honom saknas.

---

[1]) Pathol. u. Ther. der Frauenkrankh., Wien 1887, s. 396.

[2]) Charité-Annalen IX, 1884. Ref. i Virchow-Hirschs Jahresb. 1884.

[3]) Ctbl. f. Gyn. 1884, s. 58.

[4]) Ctbl. f. Gyn. 1884, s. 289.

Spencer Wells' uttalande vid kongressen i Köpenhamn, att han icke sett mer än ett fall, vid hvilket exstirpation af adnexerna var indicerad, ger Tait anledning att framlägga en en del preparat och offentliggöra fall, som före de resp. operationerna undersökts af Spencer Wells och andre läkare.[1])

Vidare[2]) höll han i Harveian soc. of London ett föredrag, i hvilket han påpekade vanskligheten af en noggrann diagnos af sjukdomar i bäckenet vid undersökning per vaginam. Sådana tillstånd som perimetrit, parametrit osv. kunde vara alldeles omöjliga att skilja från hvarandra vid vaginalundersökning.

Det bör här anmärkas, att Tait endast undersöker per vaginam. Den kombinerade undersökningen och undersökningen per rectum lär han aldrig företaga. (Meinert.)

I Taits operationsserier öfversteg blotta profincisionen icke 3 procent, i det explorationen i allmänhet ledde till operation. En speciel egenskap hos bukkirurgin låge däri, att man icke kunde lära sig den i böcker; erfarenhet och omdöme måste ernås genom personlig öfning. Den vigtigaste invändningen mot sådana operationer som exstirpation af uterusbihangen vore, att patienterna därigenom blefve sterila och könlösa. Men man borde komma i hog, att sammanlödning af bäckenorganen kunde åstadkomma sterilitet, och att könsumgänge vid befintligheten af en ovarialabscess icke kunde fördragas mer, än retinit kunde tillåta läsning af fin stil.

Tait öfvergick därefter till suppurationsfrågan och dröjde vid fördelarna af behandlingen »uppifrån» (från bukväggen) vid fri öppning och dränage i motsats till aspirationsmetoden per vaginam, som tillät ständigt nya ansamlingar af var.

I England fick Tait detta år många efterföljare. Savage i Birmingham[3]) aflägsnade uterusbihangen för hydrosalpinx 4 gånger, alla med framgång.

Macdonald[4]) offentliggör två fall af hydrosalpinx och kronisk ooforit, hvilka han med bästa följd opererat. Han anser farorna af den Taitska operationen i enkla fall vara mycket ringa, till och med mindre än vid en vanlig ovariotomi; men i svårare fall med betydliga adherenser är operationen icke utan en betydlig risk, och dess utförande med framgång bevisar enligt

[1]) Med. Times and Gaz. 1884, II, s. 318.

[2]) Lancet 1884, I, s. 473.

[3]) Brit. med. journ. 1884, I, s. 453.

[4]) Edinb. med. journ. 1884, II, s. 97.

honom den högsta kirurgiska takt och skicklighet. Men äfven i dessa fall äro de meddelade resultaten mycket uppmuntrande. Han varnar emellertid för att drifva opererandet för långt och därigenom bringa operationen i misskredit, hvilket yttrande sedermera bemötes af LAWSON TAIT[1]), som säger, att detta icke är möjligt. En patient måste lida mycket, om hon skall underkasta sig risken af en operation, som kan vara fatal; och att hon löper denna risk, kan hon få veta af den första intelligenta person, med hvilken hon talar, till och med om operatören skulle vara nog oärlig, hvilket han knapt kan vara, att icke förelägga henne denna risk. Detta är icke en operation, som kan göras i ett hörn, utan att någon har kännedom om den med undantag af kirurgen och hans pat. Om det vore möjligt att få en kirurg att operera i onödan eller om det vore möjligt att få en patient att underkasta sig en onödig operation, skulle det icke vara möjligt att vid ett så nesligt förehafvande få hjälp af en stab af assistenter, sköterskor och annat folk, som till stort antal måste vara närvarande vid sådana tillfällen. Å andra sidan varnar också MACDONALD för ett exklusift motstånd mot hvarje kirurgiskt ingrepp. Att döma af några gynekologers uttalanden, synas de antaga, att smärta är en fysiologisk nödvändighet, som måste fördragas af könet. Om en kvinna kan bibringas den öfvertygelsen, att hvarje smärta, som hon lider, måste fördragas af henne, då har gynekologen från denna synpunkt sedt uppfylt allan rättfärdighet. Konsten är enligt honom att bestämma, om smärtan har sitt ursprung i underlifsorganen, eller om den börjar i nervcentra och endast hänföres till ovariet, hvilket med andra ord vill säga, att man skall hafva palperat någon tumör i bäckenet, innan man skrider till operation.

Fall föreligga dessutom af CHAPMAN, MALINS, BALLANTYNE och THORNTON. I Amerika utfördes detta år en mängd operationer af GOODELL, JONES, DAWSON, LEE, POLK m. fl.

Under detta år offentliggjordes också de första exstirpationerna af tuban för tubargraviditet. VEIT, som d. å. offentliggjorde sin intressanta afhandling Die Eileiterschwangerschaft, grundad på två af honom före bristnings inträdande opererade fall, kommer till den slutledningen, att operationen är indicerad endast före bristnings inträdande, under det att han anser bristning såsom kontraindikation, emedan faran för

[1]) Edinb. med. journ. 1885, II, s. 205.

operationen då vore så stor, att ingen utsigt för patientens räddning därigenom vore möjlig. Denna slutledning, till hvilken han kom hufvudsakligen genom ett af honom med olyckligt resultat opereradt fall, har sedermera åtminstone i många fall visat sig vara oriktig. Tait [1]) berättar nämligen redan detta år om 5 sådana operationer, som han utfört efter inträffad bristning, hvaraf alla utom det första gingo lyckligt. Han anser operationen indicerad i alla sådana fall. Efter denna tid har Tait opererat många (enligt det sista meddelandet i alt 23), alla med framgång utom det första. Själf har jag under sådana förhållanden med framgång utfört en operation, för hvilken jag längre fram närmare skall redogöra. Likaså föreligga fall af Hart [2]) m. fl.

Följande år (1885) växte operationernas antal i hög grad. Emellertid äro icke så särdeles många offentliggjorda, utan endast omnämnda i rapporter eller lärda sällskap, ofta då i samband med förevisade preparat. I början af året lämnade Tait [3]) en berättelse om sina tusen första laparotomier. Bland dessa finnas icke mindre än 201 fall af aflägsnande af uterinbihangen för inflammatoriska processer. Bland dessa 201 opererade dogo endast 10 eller knapt 5 procent. Af de 10 dödsfallen kommo 7 på första hundradet, och bland dessa 7 voro 5 ofullbordade operationer. På grund af detta förhållande hoppas Tait, att mortaliteten i framtiden skall blifva ännu mindre eller så ringa som i andra hundradet (3 %). Blott i 13 fall var följden ringa eller negativ. Menstruationen försvann visserligen hos alla med ett undantag, men besvären blefvo kvar. Hos alla 13 iakttog han kort efter operationen en blödning i den periuterina väfnaden. Puls och temperatur gingo därvid i höjden, och de sjuka hade de häftigaste smärtor. I ett af dessa fall öppnade han bukhålan ännu en gång och tömde en liten abscess, hvarefter den sjuka tillfrisknade fullständigt.

Äfven Savage [4]), Taits kamrat på ett sjukhus i Birmingham, hade opererat flere gånger för pyosalpinx. I två fall iakttog äfven han uppkomsten af ett stort hematocele; i båda fallen öppnade han åter buken, utsläppte varet och blodet samt dränerade. Båda patienterna tillfrisknade.

---

[1]) Brit. med. journ. 1884, I, s. 1250.

[2]) Brit. med. journ. 1886, II, s. 1090.

[3]) Brit. med. journ. 1885, I, s. 218.

[4]) A. st.

Den strid, angående operationen, som TAIT 1883 hoppades skulle vara slut, fortfor i England med stor häftighet. De engelske gynekologerne delade sig i två partier, ett konservatift med SPENCER WELLS i spetsen och ett framstegsparti med LAWSON TAIT. De senare bildade d. 27 dec. 1884 Brit. Gyn. Society, som utgaf sitt eget organ, Brit. gyn. journal. Skarpa hugg växlades å ömse sidor.

Det konservativa partiets organ, Lancet, fortfor att klandra operationen, talade om att kastrera (spay) kvinnor o. s. v. Å andra sidan offentliggjorde TAIT i Edinb. med. journ. i september ett mycket märkligt fall, som ganska tydligt visar icke blott det berättigade i operationen utan äfven SPENCER WELLS ställning till den samma. Fallet gäller en 37 års kvinna, som skickats från kolonierna till TAIT för konsultation. Hon hade varit gift 17 år och aldrig varit hafvande. Två år efter äktenskapet sjuknade hon med smärta i bäckenet samt fick sedermera profusa, täta och ytterst smärtsamma menstrualblödningar. Kort därefter kom hon att vistas i malariatrakter, och alla hennes lidanden tillskrefvos denna omständighet. Emellertid underkastades hon då behandling med cervixdiscission och pessarier m. m., men hennes smärtor tilltogo, och sedan 10 år hade hon icke kunnat uppfylla sina plikter såsom maka. Hon var aldrig fri från smärtor, och 24 timmar före hvarje menstruation blefvo de ytterligt svåra. Hon hade blifvit morfinist, och hennes lif var en börda för henne själf och hennes omgifning. På begäran af mannen skref TAIT följande intyg: »Jag finner i fallet Mrs —, att uterus är komplett retroverterad och fixerad bakåt medelst adherenser. På vänstra sidan äro appendices adherenta och ligga djupare än uterus. Den vänstra tuban kan distinkt kännas och följas till uterinhörnet såsom utspänd, krökt, fluktuerande. På högra sidan äro förhållandena icke så klara. Enligt min åsigt är fallet ett af dubbelsidig pyosalpinx, som med nödvändighet fordrar operation.» Med detta intyg for mannen till SPENCER WELLS, som efter sin undersökning skref: »Mrs — har ett ömt ovarium, men jag kan icke upptäcka någon organisk sjukdom hvarken i uterus eller ovarierna. Hennes nervösa symptom bero sannolikt på malaria, hvaraf hon sedan några år lider. Det är mycket tvifvelaktigt, huruvida aflägsnandet af ovarierna skulle inverka på hennes nervsystem, äfven om man skulle antaga, att hon tillfrisknar efter operationen. Jag tror, att hon har mer nytta af förändring af luft

och lefnadssätt, något tyskt bad eller bergsluft, än af kirurgisk operation.» Äfven KNOWSLY THORNTON konsulterades, och af hans intyg framgår, att han ansåg operationen berättigad, och att resultatet skulle blifva återställande af hälsan.

Vid operationen, som verkstäldes af TAIT, fans vänstersidig pyosalpinx och högersidig hematosalpinx, båda säckarna inbäddade i starka adherenser jämte ovarierna. Tubor och ovarier aflägsnades, och patienten tillfrisknade fullständigt.

För öfrigt fortfor TAIT äfven detta år att visa preparat; bland dessa visade han i Brit. gyn. soc. 4 nya af tubargraviditet, som han exstirperat efter bristningen.

I Förenta Staterna, hvarest TAIT förra året gjort en resa och opererat några fall, af hvilka PRICE [1]) visade ett par preparat, synes operationen numera hafva vunnit stor terräng.

Af 25 operationer beskref WYLIE [2]) 14 och höll i januari med anledning af sina erfarenheter ett längre föredrag i New-York Academy of medicine, i hvilket han uttalar sig i hufvudsaklig öfverensstämmelse med TAIT. Han anser operationen indicerad, när de sjuka tuborna tydligt kunna palperas ut och patienten är sängliggande eller lider så mycket, att hon vill underkasta sig en operation, sedan hon tydligt blifvit underrättad om dess effekt och faror. »Genom att mjuka upp», säger han, »den indurerade väfnaden och förbättra cirkulationen kunna vi hjälpa men icke bota. Genom atrofi och absorption kan naturen bota, men kronisk invalidism inträder vanligen, innan naturen har botat. Genom hans relatift goda resultat (12 % mortalitet) synes operationen i Förenta Staterna, dit den infördes af THOMAS 1883, hafva vunnit burskap och till och med gått till öfverdrifter.

Mc ARDLE [3]) anser salpingiten vara analog med epididymiten. Primär sjukdom i tuban anser han vara mycket sällsynt, men en affektion, som kan vara jämförelsevis oskadlig, medan den är begränsad till andra organ, antager ett mer allvarligt utseende, sedan äggledaren angripits. Han anser diagnosen svår och stundom omöjlig, men i likhet med TAIT fäster han föga vigt därvid. Hufvudsaken är, att man diagnosticerar en tumör i bäckenet och dess närvarande eller aflägsna farliga tendens. De af de tyske kirurgerne vid Köpenhamnskongressen

---

[1]) Am. journ. of obst. 1886, s. 621.

[2]) New-York med. record. 1885, I, s. 85.

[3]) Am. journ. of obst. 1885, s. 354.

omnämnda farorna, som åtföljde aflägsnandet af tuban vid inflammation i den samma, kunde icke afskräcka engelsk-talande kirurger från att gå fram på sin väg för aflägsnandet af hvarje hinder för bukkirurgins framgång. Mycket vore beroende på operatören. Den ene opererade med större eller mindre tur än den andre.

HUNTER [1]) söker uppgöra en differentialdiagnos mellan de olika formerna af salpingiter å ena sidan samt mellan salpingiter och ovarialsjukdom å den andra, men hans grunder synas tyda på konstruktion.

Omöjligheten af en differentialdiagnos mellan de olika formerna af salpingit betonas däremot af TAIT. [2])

De tyske gynekologernes ställning till exstirpationsfrågan blef bekant genom diskussionen vid Naturforskarmötet i Berlin 1886 [3]). GUSSEROW hade då gjort operationen i 14 fall, som alla tillfrisknat. Indikationerna bero enligt honom på intensiteten af de parametritiska symptomen, men man borde därvid komma i håg, att plågorna icke alltid försvinna med aflägsnandet af tubarsäckarna. Ovarierna borde också aflägsnas.

Äfven nu uttalar sig MARTIN, sannolikt med afseende på sina dåliga resultat, för en konservativ behandling. Då denna blir utan följd, kunde en operativ komma i fråga. Jag behöfver endast påpeka det redan omnämnda förhållandet, att han bland 77 exstirpationer af tuborna gjort 24 sådana för salpingitis chron. cat., dit han icke räknar hydrosalpinx.

MEINERT, som lärt konsten af TAIT själf, af hvilken han är en entusiastisk beundrare, hade utfört 15 operationer och därigenom botat 14 patienter; en hade dött af tetanus. Det handlade 7 gånger om pyo- och 7 gånger om hydrosalpinx, en gång om hematosalpinx, sannolikt tubargraviditet med bristning. Utom i sista fallet aflägsnades adnexa på båda sidor inklusive ovarierna; ingen operation blef ofulländad.

Bland de märkligare fallen omtalar han ett, i hvilket spontanruptur af en pyosalpinx med varig peritonit inträdt. Patienten räddades genom laparotomi. Vid ett annat fall hade de fibrinösa aflagringarna, som vanligen förekomma, afsnört proc. vermiformis och åstadkommit perforationsperitonit. Säckarnas storlek hade ingenting att göra med symptomens styrka; öfver

---

[1]) Am. journ. of obst. 1885, s. 1088.

[2]) Brit. med. journ. 1885, I, s. 788.

[3]) Arch. f. Gyn. 1886, bd 29, II, s. 327.

knytnäfstora tumörer förekomma nästan utan symptom; de ligga då fritt i eller öfver bäckeningången. Ju mer stormiga initialsymptomen af den gonorroiska salpingiten äro, desto svårare är vanligen förloppet. Färsk, mycket höggradig gonorroisk pelviperitonit hade botats genom operation. Profluenta tubarsäckar hade iakttagits 3 gånger, och 2 af fallen hade kommit till operation.

Hegar ansåg, att pelviperitoniten beherskade hela symptomkomplexen, hvarför han äfven påbjöd försigtighet vid ställandet af indikationerna. Om man skrede till operation, vore icke exstirpation af tubarsäckarna utan af ovarierna hufvudsaken, då enligt honom vanligen icke tubarsvulsten utan den alltid återvändande pelviperitoniten förorsakade plågor. En bristning af tubarsäckarna jämte utflöde af innehållet i bukhålan anser han icke alltid vara betydelselös, utan ofta följde peritonit med dödlig utgång.

Kaltenbach uttalade den åsigten, att många tubarsäckar als icke äro föremål för operativ behandling, och att, då aflägsnandet skulle vara mycket önskvärdt, det samma kan vara rätt farligt eller tekniskt outförbart.

Schröder varnade likaledes att skrida till laparotomi i alla de fall, i hvilka en tubarsjukdom diagnosticerades. Det gåfves fall, i hvilka vid svåra symptom ringa förändringar i tuborna och ovarierna förefunnos, och möjligen skulle en konservativ behandling hafva varit lämpligare. Å andra sidan borde också erinras, att till och med en pyosalpinx möjligen kunde göras oskadlig genom ostig omvandling af innehållet.

Striden [1]) i England antog förra året en nästan pinsam karakter. Dess skådeplats var nu Liverpool. Där hade sommaren 1884 öppnats ett specialsjukhus för kvinnor med en stor tillströmning af sjuka från alla håll. Redan det året gjordes icke mindre än 86 laparotomier, ett antal, som 1885 växte till 169. Bland dessa hade gjorts 96 totala och 15 partiela exstirpationer af uterusadnexa under olika indikationer. De på hospitalet vårdade patienternas antal var 347 och de polikliniska 3,511. En »consulting medical officer», Dr Grimsdale, ansåg sig icke hafva blifvit nog ofta konsulterad och tyckte antalet angifva, att man opererat utan tillräckliga indikationer. Detta förhållande gaf anledning till tillsättandet af två undersökningskomitéer, den ena af sjukhusets styrelse, den andra af Liver-

[1]) Lancet 1886, II, s. 304, 422, 470, 558, 603, 748.

pool Medical Institution. Den ende, som gjort de nämnda operationerna var IMLACH, och mot honom riktades således hela anklagelsen. Anklagelsepunkterna voro tre: 1) att operationen utfördes, utan att konsultationer i vederbörlig ordning enligt sjukhusets stadgar företagits; 2) att de gjordes utan att patienterna hade blifvit underrättade om operationens natur och möjliga följder; och 3) att sådana operationer gjordes i fall, i hvilka de icke voro nödvändiga. Dessa frågor afgjordes visserligen i hufvudsak till IMLACHS fördel; men enstaka detaljer äro rätt egendomliga. Den först nämnda komitén förenade med sig icke mindre än 11 framstående gynekologer, från hvilka utlåtanden begärdes. Jag vill här referera några, emedan de visa, hvilken ställning hvar och en i afseende på den här afhandlade operationen intager.

FABRICIUS skrifver, att den utomordentligt stora skicklighet, som utvecklades vid dessa operationer, syntes hafva en tendens att leda till operation i alla operabla fall. Resultatet af laparotomierna i Liverpool voro goda. I fall af hydrosalpinx gjordes i Tyskland knappast någonsin laparotomi. Men meningarna vore där delade lika mycket, som fallet syntes vara i Liverpool.

LAWSON TAIT uttalar sig icke i afseende på aflägsnandet af uterusadnexa, men hans meningar härom äro tillräckligt kända.

SPENCER WELLS tycker, att antalet laparotomier är förfärande stort och förordar därför en genomgående undersökning in i de minsta detaljer.

Detta utlåtande kriticerar komitén därmed, att de mest allvarsamma fallen utvaldes bland totalantalet 3,858, och att valet kunde hafva fallit så, att alla bort hafva undergått laparotomi. Antalet in-patienter vore begränsadt till tillgängliga sängar. Antalet laparotomier berodde på totalantalet in- och ut-patienter och naturen af deras sjukdom.

SIMPSON anser proportionen af fall för »removal of the uterine appendages» icke vara öfverdrifven i en anstalt, där en af kirurgerna har till specialitet patienter, som fordra denna operation.

SAVAGE anser, att operationen icke utförts i något fall, utan att den varit indicerad — och tror, att i de flesta af fallen »medicinsk» behandling endast skulle hafva varit palliativ och icke kurativ i betydelsen att återställa hälsan. Operationen

vore ny och hade därför som vanligt att undergå mycken fiendtlig kritik.

Mrs GARRETT ANDERSON skrifver, att hon anser det arbete, som blifvit gjordt under året, vittna om förmåga och mod hos läkarestaben vid sjukhuset. Antalet opererade fall kunde nog synas stort, men fall af allvarsam sjukdom gå dit, hvarest kirurgerna hafva fått rykte om sig att företrädesvis behandla sådana. Angående lämpligheten att använda behandlingsmetoder, som fordra laparotomi, då sjukdomen icke hotar lifvet, är hon af den åsigten, att sådana metoder kunna användas, då följande vilkor förefinnas: 1) att den lokala sjukdomen i uterinbihangen kan diagnosticeras; 2) att den förorsakar allvarsamma och nästan konstanta lidanden, och 3) att förståndiga och tåliga försök af andra metoder icke hjälpa. Hon anser till och med, att operationen under dessa vilkor bör utföras, innan patientens nervsystem är för mycket angripet.

Af hvad som blifvit anfördt framgår, att operationen ännu icke vunnit allmänt erkännande, men att alt flere auktoriteter uttala sig till förmon för den samma.

Införandet af buksnittet för aflägsnande af ovarialtumörer var åtföljdt af lika stark opposition, och nu anses denna operation såsom en välgärning för mänskligheten. SPENCER WELLS[1]) berättar, att LAWRANCE 1850 sade, att operationen icke kunde fortsättas utan fara för läkareståndets anseende; men 1875 sade Lord SELBORNE, att Sir SPENCER WELLS genom sina första 500 operationer hade lagt 10000 år till europeiska kvinnors lif; och SPENCER WELLS tillade 1877, att genom de operationer, som blifvit gjorda, sedan hans första 500 publicerades, hade vinsten blifvit omkring 18000 år.

I sitt arbete Diagnosis and surgical treatement of abdominal tumours 1885 s. 130 säger han:

»Det faktum, att af 1139, på hvilka det ena eller båda ovarierna af mig blifvit aflägsnade, 891 hafva tillfrisknat efter operationen, är ensamt tillräckligt att rättfärdiga operationens princip och bevisa, att mortaliteten — nämligen 21,7 procent på hela antalet, men hvilken har fallit från 34 på första hundradet till 11 i det sista — är mindre än vid många stora operationer, som konstant utföras utan tvekan i lämpliga fall . . .

---

[1]) Brit. gyn. journ., bd 2, s. 605.

Operationen är att betrakta såsom en af de största kirurgiska triumfer, den befriar från lidande, räddar lif, återställer kvinnor, dömda till döden, till ett hälsofullt lif.»

Alla tecken tyda på, att i en icke långt aflägsen framtid det samma kan sägas om exstirpationen af de obotligt sjuka tuborna, och att denna operation skall, sedan den lyckligt genomgått eldprofvet, hvilket den nu ett decennium bestått, blifva till en välsignelse för de lidande kvinnorna.

Men kritiken kan ännu behöfvas för att närmare precisera indikationerna. Man bör enligt min åsigt noga skilja mellan exstirpation af tuban för sjukdomar i den samma och exstirpation af tuban såsom en utvidgning af ooforektomin, vid hvilken ovariets aflägsnande är hufvudsaken. Sålunda har man exstirperat tuban vid myomer, vid hystero-epilepsi o. d., vid hvilka sjukdomar ovariets aflägsnande väl torde vara det väsentliga, om något ingrepp skall komma i fråga. Jag upptager också här såsom indikationer endast förändringar i tuban. Om de öfriga nyss nämnda indikationerna har jag ingen egen erfarenhet och har här endast velat nämna dem.

Om exstirpation af tuban vid tubarhafvandeskap.

Bland sjukdomar i tuban, hvilka omedelbart hota lifvet, kan i första rummet nämnas tubargraviditeten. Det föreligger en hel rad fall af denna egendomliga anomali, då död i följd af bristning inträffat, hvilken bort kunna förekommas genom en tidig exstirpation. Enligt PUECH[1]) följde i 100 fall af tubarhafvandeskap 98 gånger ruptur och 97 gånger döden och dessutom ett dödsfall i följd af bristning af en ven i ligamentum latum; således endast 2 % tillfrisknade. SCHRÖDER anser visserligen denna mortalitetssiffra för hög, men emot siffrorna sätter han endast sin öfvertygelse. VEIT[2]) anser en statistik vara omöjlig att under närvarande förhållanden uppgöra, men tror, att en mortalitet af 50 procent kommer sanningen närmast.

I vår svenska medicinska literatur känner jag tre fall, hvilka ledt till döden genom bristning. Två äro meddelade af prof. NETZEL. I det ena[3]) inträffade bristning i 4—6 veckan;

---

[1]) SPIEGELBERG, Lehrbuch der Geburtshülfe 1882, s. 301, 302.

[2]) Die Eileiterschwangerschaft 1884.

[3]) Hygiea, juni 1879.

ägget var förvandladt till ett hematom i vänstra tuban. Död under blödning och peritonit efter loppet af 12 timmar. I det andra fallet[1]) inträffade bristning i andra månaden och inre förblödning på 5 timmar. D:r SALIN[2]) har iakttagit ett fall, i hvilket bristningen efter någon tids förebud inträffade i 4:de hafvandeskapsmånaden och död efter 4 dagar.

I den danska literaturen finnes ett liknande fall antecknadt af BANG.[3])

Vidare föreligga många fall i den engelska literaturen. Endast ur London obst. transact. har HART[4]) kunnat uppställa följande tabell:

Name of author.	Where case recorded.	How far advanced.	Fallopian tube affected.	How long patient lived.
HARLEY	L. O. T., i, 101	5 months	Left tube	11 hours
GRACE	» ii, 49	6—7 weeks	» »	13 days
MARCHALL and HEWITT	» v, 154	8 »	» »	12 hours
GREENHALGH	» »	——	Interstitial	A few hours
HAYDON	——	3 months	Right tube	24 hours
TRUMAN	» vii, 164	12 weeks	» »	2 »
BROWN	» xi, 7	16—20 weeks	» »	13 »
WORSHIP	» xi, 211	——	» »	48 »
MEADOWS	» xiii, 268	6 months	» »	40 »
M'CALLUM	» xv, 248	4 »	—	3—6 »
TURNER	» xvi, 31	2 »	» »	15 »
MEADOWS	» xviii, 259	4—5 »	—	52 »
ROUTH	» xxi, 93	3 »	» »	8 »
DORAN	» xxi, 169	4 »	Left »	10 minutes
GODSON	» xxii, 186	6 weeks (?)	Right »	8 hours
BURTON	» xxii, 34	6 »	» »	9 »
GODSON	» xxiii, 109	6 »	» »	Dying when admitted to workhouse
DUNCAN, J. M.	» xxiii, 263	5 »	» »	36 hours
DALY	» xxiv, 155	2 months	» »	4 days
DORAN	» xxiv, 228	2 »	Right tubo-interstital	24 hours

[1]) Hygiea 1882. Förh. s. 12.

[2]) Hygiea 1882. Förh. s. 112.

[3]) Gyn. og obst. Meddel. bd I, H. 2.

[4]) Brit. med. journ. 1886, 2, s. 1091.

Jag skulle betydligt kunna öka denna rad af dödsfall i följd af bristning vid tubarhafvandeskap, men de anförda kunna vara tillräckliga att visa faran af denna anomali. LAWSON TAIT uppger,[1]) att han på 20 år sett 25 sådana fall.

Det är klart, att man i afseende på en så farlig anomali varit betänkt på en profylaktisk terapi, som naturligtvis måste användas före bristningsperioden, d. v. s. före 11:te eller 12:te hafvandeskapsveckan. Denna har å ena sidan gått ut på att döda fostret och därigenom hindra äggets vidare utveckling och å andra att exstirpera den gravida tuban före bristnings inträde.

För fostrets dödande har man gått till väga på olika sätt. I Amerika har den elektriska strömmen för detta ändamål kommit till ganska vidsträckt användning, och många läkare tro sig hafva lyckats. Men dels äro fallen i diagnostiskt hänseende långt ifrån säkra, dels har — hvilket man också kunde vänta — bristning inträffat just under elektricitetens användning. I ett fall af SIBBALD[2]) framgår af sjukhistorien, att elektriciteten kom till användning först sedan bristning inträdt, och författaren tror, att han genom elektriciteten afbrutit hafvandeskapet. VEIT afråder också från dess användning och säger, att med elektriciteten använda vi en metod, som diskuteras endast därför, att den lofvar att vara ofarlig, och dock ligger faran däruti, att dödlig ruptur kan följa under läkarens hand.

Icke mindre farlig synes punktion af äggsäcken från vagina vara. Vid denna metod ligger faran för blödning i äggsäcken med åtföljande bristning ganska nära, och vidare kan man aldrig göra sig fri från möjligheten att med trokaren införa infektionsfrön med åtföljande varbildning i säcken, synnerligast om man såsom vanligen är fallet måste punktera från vagina.

I själfva verket föreligga också fall, i hvilka den ena eller andra af dessa möjligheter inträffat. THOMAS[3]) berättar, att han 2 gånger punkterat tubara äggsäckar, men båda kvinnorna dogo, den ena af inre förblödning, den andra af sepsis. ROUTH[4]) punkterade från rectum, säcken fylde sig åter, och innan han beslöt sig för en andra punktion, följde ruptur af äggsäcken med dödlig blödning.

---

[1]) Brit. med. journ. 16, VIII, 1884.

[2]) Ctbl. f. Gyn. 1885, s. 288. Ref.

[3]) Am. journ. of obst. 1875, s. 522. Ref. VEIT, a. st., s. 47.

[4]) A. st.

Vidare är punktionen icke säker till sin verkan. FRÄNKEL[1]) punkterade i ett fall, i hvilket han med tämligen stor säkerhet kunde ställa diagnosen på tubarhafvandeskap, och uttömde 20 gram fostervatten, men då därpå en ström blod följde, afbröt han operationen och stillade blödningen med is och opiater. Följande dags afton afstöttes en decidua, och därefter återsåg FRÄNKEL icke patienten på 4 månader. Fruktsäcken hade då växt vidare, fostrets hjärtljud hördes, och kort tid därefter måste han vid hotande bristning företaga laparotomi, hvarvid extraherades ett foster, som lefde i 24 timmar, men den sjuka dog i följd af kollaps.

Äfven den af FRIEDREICH såsom metod införda morfininjektionen i säcken eller hälst fosterkroppen lider af samma brister som de föregående. Den är osäker till sin verkan och icke ofarlig. Någon större användning synes metoden icke häller hafva erhållit. Den skulle vara säker endast i det fall, att man träffade fosterkroppen och i denna insprutade en större dos, än fostret kunde tåla, under det den icke vore nog stor att medföra men för modern.

Flere af de forskare, som iakttagit en olycklig utgång af tubargraviditeter, antingen ångra, att de icke förut exstirperat tumören, eller också föreslå de exstirpation, då sådana fall påträffas; och med de nyss nämnda fallen för ögonen och med tanke på den dåliga prognosen i allmänhet tror jag, att en laparotomi med de nuvarande ganska säkra antiseptiska åtgärderna är mycket väl indicerad. Nu är visserligen sant, att PUECH och andre äldre statistiker anslå mortalitetssiffran för högt, i det icke få fall gå till hälsa utan några ingripande terapevtiska åtgärder; i det att antingen fostret aflider och fruktsäcken resorberas, innan bristning inträffar, eller att bristningen sker inom förut bildade adherenser, som äro tillräckligt starka att motstå blodtrycket, hvarvid bildas ett hematocele, eller också — hvilket torde vara mest sällsynt — att bristningen sker mellan bladen af ligamentum latum, då ett hematom uppstår, hvilket sedermera liksom hematocelet går till resorption.

Jag för min del har sett ett fall af brusten tubargraviditet gå till hälsa utan operatift ingrepp.

Fru B., 30 år gammal, från Stockholm, hade haft ett missfall för 2 år sedan, men hade annars varit tämligen frisk. Hon rådfrågade mig den 1 augusti 1886 för en liten ano-vulvar fistel,

[1]) Arch. f. Gyn., bd. XIV, s. 197.

hvaraf hon sedan halftannat år varit besvärad. Hennes menstruation hade varit regelbunden, den sista för omkring 4 veckor sedan. Jag undersökte henne icke vidare för tillfället, men lofvade att operera henne, så snart regleringen hade återkommit. Hon infann sig åter den 9 och berättade, att hon ännu icke återfått regleringen. Vid undersökningen fans uterus något förstorad och mjuk och till höger en knapt valnötstor, tämligen mjuk, föga ömmande svulst, och strax utanför och bakom den samma kändes en annan mindre knöl, som antogs vara ovariet. Jag var till en början osäker om diagnosen, men med tanke på möjligheten af en tubargraviditet undersökte jag henne flere gånger de följande dagarna och stärktes alt mer i min misstanke. Jag beslöt mig för laparotomi, som skulle företagas den 16 eller 17. Men på söndagen den 15 vid 3-tiden på eftermiddagen fick hon ytterligt häftiga smärtor i bäckenet, utstrålande åt hela buken och ryggen. Jag var för tillfället bortrest, hvarför D:r W. EKECRANTZ, som bodde i närheten, tillkallades. Han fann patienten i ett ytterligt kollaberadt och anemiskt tillstånd, knappast i stånd att framhviska orden. Hon klagade öfver häftiga smärtor i buken, hvilka dämpades med morfininjektioner, hvarjämte hon erhöll isomslag på buken. Vid min hemkomst vid 10-tiden på aftonen fortfor kollapsen; patienten var ytterligt blek, de synliga slemhinnorna knapt färgade; pulsen kunde knapt kännas. Att nu företaga laparotomi syntes mig icke ens tänkbart, hvarför jag fortsatte med den exspekterande behandlingen. Ord. eterinjektioner och varmt kaffe med konjak jämte den förra behandlingen. Dagen därpå var hon så till vida bättre, att pulsen kunde kännas, fast svag. Blekheten och smärtorna fortforo. De följande dagarna repade hon sig så småningom, och efter en vecka var hon så pass kry, att jag vågade företaga en lindrig undersökning. Jag fann då hvarken hematocele eller hematombildning, men den lilla tumören vid sidan om uterus kvarstod, möjligen något förminskad. Den försvann småningom helt och hållet, och patienten kunde lemna sängen efter 6 veckor.

Det synes mig tydligt, att blödningen i detta fall varit fri i bukhålan. Att patienten icke dog af förblödning under den svåra kollapsen synes mig vara en ren slump, som endast torde kunna förklaras däraf, att tumören ännu var relatift liten, att bristningen skett på ett relatift gynsamt ställe, som icke varit försedt med större kärl, än att de under det inträdande förminskade blodtrycket kunnat tillstoppas af lefrar.

Det torde emellertid vara ganska sällsynt, att utgången är så gynsam, då blödningen sker fritt i bukhålan. Åtminstone tala de omnämnda statistikerna och de många nyss anförda fallen af inre förblödning däremot.

Såsom en relatift gynsam utgång af tubargraviditeten har jag redan betecknat bildningen af ett hematocele. Men äfven om ett sådant kommer till stånd, så är ändock icke all fara öfver. Enligt en sammanställning af Veit dogo af 33, på brusten tubargraviditet beroende fall icke mindre än 7 eller 21,2 %. Enligt en statistik af Zweifel uppgår mortaliteten vid hematocele vid exspektativ behandling till 18 %. Sålunda är icke ens den gynsammaste utgången utan sina betänkligheter och för öfrigt, om man står inför ett misstänkt eller diagnosticeradt tubarhafvandeskap, hvem skulle numera hafva mod att behandla det exspektatift? Hvem skulle kunna vara nog lättsinnig att vilja hoppas på dess gynsammaste utgång, den i hematocele med åtföljande resorption, då äfven prognosen för ett hematocele är ganska tvifvelaktig?

Den exspektativa behandlingsmetoden af tubarhafvandeskapet synes mig tillhöra en förgången period, då man fruktade hvarje operatift ingrepp i bukhålan; men i våra antiseptiska tider, då prognosen för en laparotomi kan ställas fullt ut lika gynsam som för hvilken annan stor operation som hälst, skulle man nästan vara böjd för att anse det såsom groft fel att icke företaga eller åtminstone föreslå den för patienten och hennes omgifning, så snart diagnosen är ställd. Vid den exspektativa behandlingsmetoden utgöra dock de olyckliga fallen flertalet eller åtminstone hälften; och äfven om man skulle följa Veits antagande, att en mortalitet af 50 % kommer sanningen närmast, så kan ingen neka, att äfven den minsta bråkdel af ytterligare genom operation räddade fall skulle vara en vinst. Jag är fullt öfvertygad om, att mortaliteten skulle inskränka sig till några få procent, i fall alla komme till laparotomi. Men nu är åkommans natur sådan, att endast högst få kvinnor, som lida af den samma, i tid inställa sig hos läkaren. Den okomplicerade tubargraviditeten har nämligen så godt som inga symptom, som i något hänseende väcka de sjukas uppmärksamhet, och därigenom kan endast undantagsvis den profylaktiska terapin komma i fråga. Vid regleringens uteblifvande tro sig kvinnorna vara hafvande, och de smärtor och krämpor, af hvilka de möjligen lida, tillskrifva de ett normalt hafvandeskap. Det är endast, om symptomen

äro svårare, om starka smärtor infinna sig, om en decidua afstötes och blödning inträffar, som de tillkalla läkaren. Men ofta förekomma inga sådana symptom, utan kvinnan är rätt frisk, ända till dess hon plötsligt utan förebud öfverfalles af vanmakt.

Men i sådana fall, då kvinnan af någon anledning kommer under behandling och sjukdomen blifvit diagnosticerad, så torde den profylaktiska exstirpationen af tubarsvulsten, enligt hvad jag förut anfört, vara den enda rationela behandlingsmetoden. Äran af att hafva infört denna i praktiken tillkommer utan tvifvel VEIT. Då han utgaf sin monografi, hade han utfört 2 sådana operationer, och sedermera har antalet så småningom vuxit, så att han nu har i alt 8 enligt sin egen uppgift i Ctbl. f. Gyn. 1887, s. 241. Alla hafva gått till hälsa.

Han synes emellertid icke ännu hafva fått särdeles många efterföljare. Vid granskning af literaturen i detta hänseende visar sig emellertid, att flere uttalat sig för denna profylaktiska behandlingsmetod, bland dem A. MARTIN, men jag har endast påträffat en enda, som haft tillfälle att utföra operationen, och denne är LANDAU, som genom GOTTSCHALK demonstrerat 2 sådana fall, [1]) det ena d. 11 juni 1886 i Gesellschaft f. Geburtsh. und Gyn. zu Berlin, det andra i gynekologiska sektionen af Naturforskaremötet i Berlin d. 20 sistlidne september. [2]) Båda patienterna tillfrisknade. Således har hittills denna operation utförts 10 gånger, alla med framgång, och det är att hoppas, att, då läkarne i allmänhet numera äro mer öfvade i den kombinerade undersökningen, än de förr hafva varit, den skall komma till ett mer allmänt utförande.

Beträffande diagnosen af ett okompliceradt tubarhafvandeskap i de tidigare stadierna, så är den ofta ganska svår. Man känner vid vanliga hafvandeskapstecken för öfrigt en förstorad, mjuk uterus och vid den ena sidan en äggformad tumör. Konsten är nu att kunna tyda förhållandena riktigt, att afgöra om graviditeten har sitt säte i uterus eller tuban. Kan man, såsom i sällsynta fall händer, jämte svulsten känna ovariet, bör misstanken ligga mycket nära, men fullständig visshet torde man väl först efter upprepade undersökningar erhålla. Man bör då lätt iakttaga en tillväxt af tumören, under det att uteri storlek förblir den samma.

---

[1]) Ctbl. f. Gyn. 1886, s. 454.

[2]) Ctbl. f. Gyn. 1886, s. 728.

Emellertid är, såsom jag förut nämnt, åkommans natur sådan, att kvinnorna vanligen icke tillkalla läkaren, förrän mer oroande symptom instält sig, d. v. s. då bristning redan inträdt. Vid en blick på den af HART uppstälda, förut meddelade tabellen, finner man, att döden inträdt från 10 minuter till 13 dagar efter bristningen. Man kan sålunda skilja mellan en akut förblödning och en förblödning, som inträffar efter längre tid och så småningom. Redan i följd af detta förhållande ligger nära till hands att antaga, att många af de till den senare kategorien hörande fallen skulle kunna räddas genom en kort efter bristningen företagen laparotomi med exstirpation af tuban. I själfva verket föreligger nu en hel rad sådana operationer. Den första utfördes af TAIT d. $^{17}/_{1}$ 1883 med dödlig utgång, vidare omnämner VEIT i sin monografi en, äfven den med dödlig utgång. Men efter denna ogynsamma början kom en rad med de mest glänsande resultat.

Enligt de sista föreliggande meddelandena har

TAIT	gjort	23	sådana	exstirpationer	med	1	dödsfall (det första)
VEIT	»	2	»	»	»	1	» »
SAVAGE	»	1	»	»	»	0	»
HART	»	1	»	»	»	0	»
LANDAU (GOTTSCHALK) ..	»	1	»	»	»	0	»
MARTIN [1])	»	1	»	»	»	0	»
WESTERMARK	»	1	»	»	»	0	»

Således 30 bekanta operationer med 2 dödsfall, ett resultat som bör mana till efterföljd.

Mitt eget fall meddelar jag fullständigt, då det kan tjäna såsom exempel på en tubargraviditet, som gått till bristning med åtföljande mer långsam blödning.

Fall I. Patienten M. P.,[2]) 23 år gammal, fr. Stockholm, har alltid varit klen och mager, ehuru hon sedan ungdomen icke varit egentligt sjuk. Såsom barn hade hon mäsling och vattenkoppor och vid 9—10 års ålder skall hon hafva lidit af sår på tarmarna — detta enligt hvad läkaren skall hafva yttrat.

Hon började menstruera vid 12 års ålder, i början med oregelbundna mellanrum, men efter några år menstruerade hon mer regelbundet, ungefär hvar 6:te vecka, vanligen endast under en dag och hade därefter 8 dagars hvit flytning. Menstr. var alltid smärtsam, stundom så, att hon måste intaga sängen. Tidtals uteblefvo blödningarna helt och hållet. Detta inträffade bland annat en gång sommaren 1882, då

[1]) Schmidts Jahrb. bd 211, s. 277.

[2]) Förut meddeladt i Hygiea 1885, s. 345.

hon af denna anledning sökte råd å Serafimerlasarettets poliklinik. Hon fick då järnpiller, hvarefter blödning inträffade först från stolgången, och sedermera fick hon sin blödning regelbundet såsom förut.

Hon gifte sig i september 1883. Menstruationen var såsom förut ända till slutet af december 1884, hvarefter en paus inträdde. I februari d. å. började brösten svälla, och hon trodde sig vara hafvande. Men plötsligt fick hon d. 11 mars en mindre blödning, hvilken sedermera upprepades ett par tre gånger i veckan. Den 19 fick hon häftig värk i underlifvet och hade blödning. Då hon trodde, att hon skulle abortera, skickade hon efter en barnmorska, som gaf henne ett lavement. Hon var sedermera bättre, men den 24 fick hon åter smärtor, kunde icke kasta sitt vatten eller få öppning. Då jag den 25 mars tillkallades, fann jag cervix lucker, uterus förstorad, retroverterad; till vänster om uterus en elastisk tumör, som syntes vara af en liten knytnäfves storlek. Urinen tappades med kateter, uterus reponerades, hvarvid hon ögonblickligen erfor lättnad; sedan var hon tämligen kry till den 28 på aftonen, då hon fick kräkningar, diarré och smärtor. Följande dag bars hon upp på min mottagning. Hon hade då ett nästan kollaberadt utseende, var kall om händerna och nässpetsen, kallsvettades, hade liten och frekvent puls. Jag katetriserade henne, reponerade uterus, och sedan hon fått något stimulantia och hvilat sig en stund, kunde hon åter föras hem. Ord. is på buken och morfin till intagning; tillsade, att man noga skulle ge akt på, om tillsammans med blödningarna afginge några slamsor. Hon repade sig småningom de följande dagarna. Den 2 dennes afgick med lindrig blödning en nästan fullständig afgjutning af uteri insida; den blef icke mikroskopiskt undersökt, men dess makroskopiska utseende lämnade intet tvifvel öfrigt, att det var en förtjockad uterinslemhinna — en decidua. Hennes tillstånd försämrades icke de följande dagarna, men då hon svårligen kunde vårdas i hemmet, och d:r W. Ekecrantz var nog vänlig att vilja taga emot henne på Maria sjukhus, föreslog jag henne vård där, hvarest hon intogs d. 8 april.

Vid den $^{10}/_{4}$ företagen undersökning klagade hon endast öfver sömnlöshet och matthet samt då och då påkommande smärtor i buken. Vid undersökning af denna spände hon musklerna tämligen starkt, men kunde vid tillsägelse slappa dem för ett ögonblick. Buken ej uppdrifven, ingenstädes någon egentlig smärta för palpationen. Vid tryck något öfver vänstra lig. Poup. kände man en tumör, som sträckte sig 3—4 cm. ofvan ljumskvecket. Något närmare i afseende på dess beskaffenhet kunde man ej medelst den yttre palpationen afgöra. Perkussionstonen öfver hela buken tympanitisk. Vid bimanuel undersökning fans bakre fornix nedbuktad, vaginalportionen lucker, uterus anteflekterad, skjuten öfver åt höger, förstorad, rörlig. Till vänster och skild från uterus genom ett tydligt mellanrum kändes en ungefär gåsäggstor, mjuk, elastisk, ej fluktuerande svulst med jämn yta utan märkbara knöligheter. Den tycktes kunna skjutas något uppåt med det inre fingret, men något mer i afseende på dess rörlighet kunde icke med säkerhet bestämmas, då palpationen företogs med stor varsamhet. Placentarljud hördes tämligen tydligt öfver svulsten; liknande ljud på andra sidan kunde icke höras.

Lungorna friska. Första hjärttonen åtföljd af ett svagt blåsljud, som antogs vara af anemisk natur. Urinen innehöll något ägghvite, men inga cylindrar eller var. Kroppstemp. ej förhöjd. Puls 80—90. De följande dagarna hade hon då och då små blödningar. Den 15 började hon få mer smärtor i buken, kände sig mattare, hade ingen matlust och föga sömn. Pulsen täml. full, omkring 100. Ingen temperaturstegring.

Operation den 19 april under assistens af d:r W. Ekecrantz och d:r Pradon samt d:r O. Ekecrantz. Efter vanliga desinfektionsåtgärder gjordes under kloroformnarkos buksnitt i linea alba. Vid peritonealhålans öppnande utströmmade en mängd defibrineradt blod, närmast liknande serum med upplöst blodfärgämne. Sedan snittet vidgats uppåt till nära nafveln och nedåt nära symfysen, upphämtades med varma svampar och vidare med handen en mängd i bäckenbottnen liggande, tämligen hårda lefrar, altsammans utgörande mer än en liter vätska. Serosan så väl å viscera som å bukväggen tämligen starkt injicierad. Efter blodets aflägsnande kunde man taga fram och undersöka bäckenets organ. Högra ovariet och tuban friska, uterus förstorad, sväld och mjuk; till vänster därom låg den knapt gåsäggstora tumören, närmast liknande en inkarcererad tarmslynga; strax nedom och utanför samt nära förenad med den låg vänstra ovariet. Inga rester efter föregående peritoniter funnos. Tumören var mjuk, elastisk, nästan fluktuerande, utan nämnvärda adherenser. Vid punktion med fin nål framkom ett par droppar blodfärgadt serum. Sedan den jämte ovariet blifvit underbunden med två bredvid hvarandra lagda grofva silkesligaturer, aflägsnades den tillsammans med ovariet, och sedan bukhålan så vidt möjligt blifvit rengjord med svampar, urvridna i varm borsyrelösning, samt ligaturstället ännu en gång undersökts och befunnits icke blöda, förenades buksåret med dels djupa dels ytliga silkessuturer. Förband af sublimatgas-kompress, ett lager renad vadd och ytterst en vanlig lifbinda, hållen i läge med en kring hvartdera låret lagd gasbinda, anlades.

Pulsen, som under operationen varit tämligen full och jämn, aftog hastigt i storlek under hennes flyttning från operationsbordet till sängen. Efter några minuter var den knapt känbar. Hon var däfven i ansigtet, kallsvettades, andades jämnt, men ytligt. Sedan varma krus blifvit lagda kring henne och hon fått 3 gm eter subkutant, hämtade hon sig småningom.

På aftonen var temperaturen låg, (36,2 i axillen), pulsen liten, 144.

	Temp. i rectum.		Pulsen vid middagstiden.
20 april	38,8	39	132
21 »	38,6	39,1	120
22 »	38,2	38,2	100
23 »	38	38,1	96
24 »	37,8	38,2	96
25 »	37,6	38,6	
26 »	37,6	38,6	
27 »	37,6	38,4	

Sedermera höll sig temperaturen mellan 37,4 och 38° på aftnarna.

April 20. Tungan torr, kräkningar, hicka, smärtor i buken. Lindrig meteorism. Ord.: Isblåsa å buken, isbitar till intagning, morfin subkutant.

April 21. Tillståndet som i går. Lindrig svettning på middagen. Flatus på aftonen.
» 22. Kräkningarna upphörda, hickan minskad. Flatus med röret.
» 23. Hickan upphörd; buken synes mindre uppdrifven, föga ömmande. Allmänna tillståndet tämligen godt.
» 24. Tillståndet som i går. Begär mat. Upphör med morfin och is. Får buljong, ägg, mjölk och skorpor.
» 25. Hade på förmiddagen en mindre, tunn öppning men intet väder; någon meteorism.
» 26. Tillståndet som i går. Olje-lavement utan verkan. Suturerna uttogos; såret läkt p. p. utom å en centimeterlång sträcka på midten, där hudränderna icke legat exakt emot hvarandra. Buken något uppdrifven; ingen ömhet. Får kött.
» 27. Flatus med röret. Ingen öppning.
» 28. Rectum fullt af halffasta fæces, som utkrafsades. På aftonen öppning efter lavement.
» 29. God matlust. Tillståndet godt.
» 30. Spontan öppning. Urinen kastade hon för första gången efter operationen spontant.
Maj 1. Vid i dag företagen undersökning käns en mindre oöm resistens vid ligaturstället. Pat. har inga smärtor; buken är mjuk, allmänna tillståndet godt.
» 8. Utskrefs frisk.

Den exstirperade tumören är nästan äggformig. Vid dess ena pol ser man den afskurna centrala änden af tuban, som icke sonderades i färskt tillstånd, och efter härdning har det icke lyckats att införa någon sond eller uppklippa den. Tuban öfvergår direkt i tumören, bildande dess yttre beklädnad. Strax utanför den andra polen ser man fimbrierna, omgifvande en mer än gåspennstor öppning, som leder direkt in i en mindre håla — ägghålan, hvilken sålunda genom tubans fimbrialände kommunicerade med bukhålan. I ägghålan kunde man icke finna någon del af nafvelsträngen. Icke häller kunde man finna något foster hvarken däri eller fritt i bukhålan. Den blödning, som före operationen egt rum, måste också hafva skett genom tubans fimbrialände, alldenstund någon bristning af den tumören beklädande tuban icke förefans. Vid insnitt i tumören visade sig tubarväggen ej obetydligt förtjockad. Svulsten utgöres för öfrigt endast af placentan, som till stor utsträckning är adherent till tubarbeklädnaden.

Amanuensen vid Karolinska institutet d:r Bergfors, som mikroskopiskt undersökt tumören, har i tubarbeklädnadens inre lager funnit tydliga deciduaceller och här och där större blodkärl. Dessutom har han funnit korionfransar och placentarväf, delvis stadd i molekulärt sönderfall.

I literaturen har jag funnit följande fall beskrifna:

Lawson Tait:[1]) 1. Diagnosen ställd på tubargraviditet i 11:te veckan, hvilken brustit och medfört svåra anemiska symptom. Exstirpation den $^{17}/_{1}$ 83 med dödlig utgång.

---

[1]) A. st.

2. Pat. hade icke varit hafvande på många år. Sista menstruationen för 3 månader sedan. Hon hade hög puls, hög temperatur och svåra smärtor. I pelvis fans en fixerad massa. Laparotomi den $^1/_3$ 83. Buken full af blodlefrar, högra tuban rupturerad och därifrån en placenta framstickande. Tuban ligerades och aflägsnades. Fostret återfans icke. Långsamt tillfrisknande.

3. Pat., som icke varit hafvande på många år, hade symptom af en bäckenperitonit med fixerade organ, och det fans en massa bakom och till höger om uterus. Vid flyttningen till hospitalet inträffade sannolikt bristning, och vid operation d. $^9/_4$ 84 fans buken fyld med en mängd blodserum och fria lefrar. Vänstra tuban utspänd af en placenta, som sköt fram genom en ruptur. Tuban afbands och aflägsnades, men fostret återfans icke. Hälsa.

4. Pat., 27 år, hade födt 2 barn, det sista för 3 år sedan. Hade icke menstruerat sedan 3 månader. Smärta hade förefunnits några veckor, hvilken ständigt tilltagit. Uterus fixerad af en stor, öm massa på vänstra sidan. Diagnosen stäldes på pyosalpinx. Vid operationen den $^{25}/_5$ 84 fans vänstra tuban brusten och en mängd lösa lefrar i bäckenet. Fostret låg i bäckenet, fästadt vid placenta, som fans kvar i tuban. Tuban, som var adherent, men lätt att lösa, afbands och aflägsnades. Hälsa.

5. Pat., 34 år, gift, 4 barn, det sista för $6^1/_2$ år sedan. Sista menstruationen tidigt i april. I slutet af maj fick hon ett anfall af svår smärta i buken, som tilltog till den 3 juni, då uterus var fixerad och en mjuk svulst fans till vänster. Buken uppdrifven, och peritonit hade börjat; puls och temperatur höga, stundtals häftig smärta. Vid operationen den $^5/_6$ 84 fans bäckenorganen sammanlödda af färskt exsudat och blodlefrar. Vänstra tuban nästan sliten i 2 delar och intagen af en placenta i omkring 10:de veckan. Fostret återfans icke. Hälsa.

6.[1]) Pat., 36 år, hade icke menstruerat på nära 4 månader, hade inga barn, ehuru gift sedan 12 år. Intogs på sjukhus 24 nov. Något tidigare i samma månad hade hon svår smärta i buken. Då T. såg henne, var uterus fixerad, och en öm massa fans på högra sidan. Han antog som möjligt, att det var ett brustet tubarhafvandeskap. Operation $^{28}/_{11}$. Buken full af blodigt serum och lösa blodklumpar. Vänstra tuban hade brustit i en utsträckning af nära 3 tum. Den var adherent, och dess aflägsnande var svårt, då blödningen var stark. Stjälken underbands och bäckenet dränerades. Foetus återfans icke, men placenta upptog den dilaterade tuban. Hälsa.

7. Pat., 41 år, gift vid 17 års ålder, 8 barn, det sista för 10 år sedan. Trodde sig hafva haft ett missfall sistlidne maj. Menstruationen upphörde åter i nov. 1884. I februari hade hon symptom af akut bäckenperitonit. Operation $^9/_2$ 1885. Serum och blodlefrar i pelvis. Foetus låg lös, tätt invid den brustna högra tuban, från hvilken placenta utgick. Det sjuka organet aflägsnades med svårighet, och pelvis dränerades. Hälsa.

8. Pat., 26 år, gift 9 år, 4 barn, det yngsta 17 månader gammalt. Efter denna förlossning hade hon haft en långvarig och allvarsam

---

[1]) Brit. med. journ. 1885, I, s. 778.

sjukdom. Perioden slutade strax före jul. Omkring midten af febr hade hon en våldsam attack af smärta i bäckenet. Den 23 febr. fann T. alla partier i bäckenet fixerade. T. öppnade abdomen och fann lösa blodlefrar, blodigt serum och den vänstra tuban mycket utspänd, brusten och innehållande placenta. Foetus fans icke. Tuba Fallopii aflägsnades med stor svårighet, då hemorragin under och efter operationen var mycket oroande. Pelvis dränerades. Hälsa.

9. GOTTSCHALK[1]) förevisade ett preparat af brusten tubargraviditet, som exstirperats af LANDAU. 27 år, 3 barn, sista menstruationen den 14 maj 1886. I början af juli blödning, som fortfor 14 dagar. Därpå afgång af en decidua. Diagnos på högersidigt tubarhafvandeskap, exstirpation. Hälsa.

10. VEIT[2]) förevisade d. 28 jan. d. å. en i 3:dje månaden gravid tuba, som brustit. Laparotomi vid indicatio vitalis. Stora massor blodlefrar och flytande blod. Fostret återfans icke. Afbindning af tuban. Hälsa.

11. SAVAGE[3]) visade ett tubarhafvandeskap i omkring 8:de veckan, i hvilket en ven i plexus pampiniformis hade brustit och fylt den nedre delen af buken med blod, hvarvid patienten hastigt kommit in extremis. Buken öppnades, blodet slefvades ut, det vänstra lig. lat. underbands och utskars. Drän. Ännu på 6:te dagen efter operationen befann sig pat. väl.

12. HART.[4]) Pat., som hade smärtor i nedre delen af buken hvar annan eller tredje dag, hade icke menstruerat sedan 3 månader. Vid undersökningen befans uterus förstorad ungefär som i andra hafvandeskapsmånaden och framför och till vänster om den samma en aflång tumör, gående mellan uterus och en äggstor kropp, som vid den yttre palpationen kunde kännas i vänstra regio iliaca. Diagnosen stäldes på tubarhafvandeskap, men operation vägrades. Efter några dagar afgick en decidua och på aftonen den $^{16}/_{4}$ 86 kollaberade hon och var nästan pulslös. Hon repade sig något under stimulantia, och d. $^{19}/_{4}$ företogs laparotomi. Bäckenet fullt af blod. Ett litet foster (6 veckor) fans bland tarmslyngorna. Den vänstra tuban förstorad visade en bristning af en pekfingerspets' storlek. Tuban underbands och utskaffades. Buktoalett med hett vatten. Läkningen ostörd.

Om exstirpation af tuban vid inflammation i den samma.

Då en kliniskt fullt säker skilnad mellan de olika affektioner i tuban, af författarne beskrifna såsom pyosalpinx, hydrosalpinx, hemotosalpinx, katarral salpingit o. s. v., för närvarande endast i vissa fall är möjlig och dessa olika former endast beteckna olika grader af inflammatoriska tillstånd, om än anatomiskt vidt skilda, så har jag här sammanfört dem under det gemensamma namnet salpingit.

---

[1]) Ctbl. f. Gyn. 1886, s. 728.

[2]) Ctbl. f. Gyn. 1887, s. 178.

[3]) Brit. med. journ. 1885, II, s. 37.

[4]) Brit. med. journ. 1886, II, s. 1090.

Äfven denna sjukdom sätter icke sällan kvinnans lif i fara. I literaturen finnes en hel mängd fall antecknade, i hvilka döden förorsakats af peritonit, septikemi eller amyloid o. s. v. till följd af pyosalpinx. Ur mängden vill jag anföra några.

DESSAUER[1]) beskrifver ett fall af peritonit i följd af bristning af en pyosalpinx utom puerperium.

SEUVRE[2]) anser, att många plötsliga dödsfall efter vaginalinjektioner osv. äro att tillskrifva ruptur af de sjuka tuborna.

HANSAMMAN[3]) beskrifver en dubbelsidig pyosalpinx. Cervix utvidgades 2 gånger med pressvamp; peritonit; död. Vid obd. fann man perforation af den vänstra säcken, som kommunicerade med en varhärd i fossa Douglasii.

LAWRENCE.[4]) Dubbelsidig pyosalpinx, ruptur af den ena svulsten. Död.

BURNIER[5]) beskrifver ett anatomiskt preparat af pyosalpinx med genombrott i bukhålan. Den högra pyosalpinx hade perforerat i en genom adhesioner afkapslad del i bukhålan, och det utgjutna varet hade usurerat en tarm, på hvilken fans en utifrån inåt förande perforationsöppning.

SCHWARZ.[6]) En 33-årig kvinna insjuknade plötsligt i feber med symptom från lungorna, dessutom kräkningar och buksmärtor samt dog på 6:te dygnet. Vid obd. fans fibrinös varig peritonit, utgående från varig salpingit i vänstra tuban, som hade brustit åt bukhålan. Septikemi, plevropnevmoni, pachymeningitis hæm. ext. acut.

SCHWARZ. 42-årig 0-para med lungftis insjuknade med buksmärtor och diarré. På 7:de dagen plötslig stegring af alla symptomen, betydlig ömhet i buken, hastig kollaps, medvetslöshet, klonisk kramp, död. Kaverner i lungspetsarna. Båda tuborna förtjockade och fylda med illaluktande var, uterinmynningarna slutna, abdominalmynningarna permeabla. Intet perforationsställe. Varig peritonit och varig infiltration af den retroperitoneala bindväfven, varig infiltration af vänstra ovariet.

I sina betraktelser öfver de två fallen yttrar SCHWARZ, att den spontana septikemien ofta uppstår till följd af infektiösa, extraperitoneala, inflammatoriska processer, som med förkärlek loka-

[1]) Monatschr. f. Geburtsh. 1866, bd. 27, s. 60.

[2]) Recherches sur l'inflammation des trompes uterines et ses conseq. Thèse. Paris 1874. Virchow-Hirschs Jahresbericht 1875.

[3]) Virchow-Hirschs Jahresbericht 1876.

[4]) Obst. Transact. XX. 1879.

[5]) Ctbl. f. Gyn. 1881, s. 584. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. VI, s. 567. 1881

[6]) Ctbl. f. Gyn. 1883, s. 418.

lisera sig i tubarslemhinnan, under det att uterin- och vaginalslemhinnan förhålla sig alldeles normalt.

NETZEL och WISING.[1]) Laparotomi gjordes i ett fall, då kvinnan led af symptom, som gjorde diagnosen volvulus sannolik. Vid vaginal och rektal undersökning fans visserligen en resistens bakom cervix uteri, men den var smärtfri och kunde icke förklara symptomen. Operationen och den därpå följande obduktionen visade, att patienten hade en bäckenperitonit, som härrörde från en salpingo-oophoritis. Intet betydligare exsudat hade uppstått, men peritoniten hade framkallat adhesioner mellan de i lilla bäckenet belägna organen, bland hvilka befunno sig flere tunntarmsslyngor. Det största hindret för passagen genom tarmarna var beläget i nedre delen af ileum. Döden torde väl i detta fall kunna förklaras ensamt genom det bildade hindret i tarmen, och den profincision, som gjordes, kan möjligen i någon mon hafva påskyndat men icke orsakat den dödliga utgången.

Ett ganska belysande exempel på peritonit med dödlig utgång i följd af en suppurativ salpingit förekom sistlidne sommar på Sabbatsbergs sjukhus' med. afd. En 56-årig enka, restauratris på ett ångfartyg, hade i maj månad ett anfall af akut peritonit, men blef efter någon tid bättre. Den 16 augusti sjuknade hon åter på resa till Stockholm i mycket häftiga gastriska symptom med diarré och kräkningar. Buken var enligt tillhandakommet bref från den behandlande läkaren uppdrifven och ytterligt öm, i synnerhet i lefvertrakten. Kräkningarna voro gallfärgade. Under resan ned till Stockholm sköttes hon af en tillfälligtvis om bord varande läkare, men tillståndet försämrades, och då hon inkom på Sabbatsbergs sjukhus den 19 aug. var hon sanslös och dog d. 20 på morgonen. Obduktion gjordes d. $^{21}/_{8}$ 86 af professor Wallis. Peritoneum visar en genom färska adherenser afkapslad varhåla, fyllande hela lilla bäckenet; innehållet gråaktigt, illaluktande. Uterus af normal storlek, men dess kavitet innehåller ett gråaktigt, varblandadt slem; båda tuborna kolossalt utvidgade, i synnerhet den vänstra, som i sin ovariala del är förstorad till ett större plommons vidd; båda tuborna innehålla en ggrårödgul varmassa, och i den vänstra finnes en perforation, som leder ut till peritonealabscesshålan. Ovarierna icke förändrade; i rectum däremot vid dess öfvergång i S romanum en perforation af $^{1}/_{2}$ ctm. genomskärning; rectum liksom tarmkanalen eljest fullt

[1]) Hygiea 1879. Förh. s. 172.

friskt. För öfrigt endast akut parenkymatös degeneration i hjärta, lefver, njurar. Förstorad mjälte.

Jag skulle kunna mångdubbla denna lista af dödsfall, beskrifna i literaturen, men vill endast ytterligare referera ett anförande af KINGSTON FOWLER [1]) angående detta ämne. F. hade de sista 3 åren på obduktionssalen vid Middlesex Hospital funnit denna sjukdom 15 gånger. I de 15 fallen var tubornas tillstånd den omedelbara dödsorsaken 8 gånger, alla pyosalpinx, 6 bilaterala och 2 endast högersidiga. Septikemi, amyloid, cancer uteri och scorbut voro hvardera en gång dödsorsak. I diskussionen, hvartill detta anförande gaf anledning, anförde EWART, att han påträffat många fall af pyosalpinx och hydrosalpinx under loppet af 3 års erfarenhet i obduktionssalen vid S:t Georgs Hospital. Af alt detta är tydligt, att pyosalpinx är en mycket farlig åkomma, som ofta leder till döden, kanske oftare, än man vanligen tror. Man kan med skäl antaga, att de flesta af de kvinnor, som lida af denna åkomma, icke vårdas å sjukhus utan dö i hemmen, och då där högst sällan någon obduktion företages, så blir väl icke sällan någonting annat upptaget såsom dödsorsak, vanligast kanske idiopatisk peritonit.

Hvad sålunda faran af affektionen beträffar, så synes operationen vara fullt berättigad. Men sjukdomen är icke blott farlig i det afseende, att den ofta leder till döden, dess symptom äro ofta af den beskaffenhet, att döden är efterlängtad. De med denna affektion behäftade tillhöra vanligen den kategori af kvinnor, som gå från den ene läkaren till den andre för att söka hjälp utan att finna någon. Den ene ordinerar stillhet, heta vaginalduscher o. s. v., den andra lägger in ett pessarium, den tredje ger jodpenslingar, den fjärde massage, den femte morfin o. s. v. Och under alt detta blir patientens tillstånd ofta endast sämre.

Vanligtvis klaga sådana patienter öfver *smärta* i underlifvet och korsryggen, en smärta, som tilltager 2—3 dagar före hvarje regleringsperiod och blir värkliknande under blödningen. Denna smärta är ofta ytterligt svår. Jag har sett sådana kvinnor, hos hvilka diagnosen sedermera blifvit bekräftad genom operation, ligga krampaktigt hopkrupna i sängen, högt jämrande sig. Stundom tycka de, att värme ger någon lindring, stundom befinna de sig bättre af en isblåsa öfver blåstrakten. En af mina patienter

---

[1]) Lancet 1884, 1, s. 800.

låg vid mitt första besök med en stor, varm sandpåse på buken, men fann endast föga lindring däraf. Det var först efter stora doser morfin, som smärtorna något lade sig. Dessa smärtor fortfara vanligen under hela blödningsperioden, för att därefter så småningom aftaga, utan att någonsin helt och hållet försvinna, och vid nästa period upprepas samma skådespel. Nu kommer vanligen därtill, att menstruationsperioderna inställa sig med kortare mellantider, samt att de ofta äro af längre duration än under normala förhållanden. Stundom förekomma menorragier af ända till öfver 2 veckors duration, stundom atypiska metrorragier.

De stackars kvinnornas allmäntillstånd försämras under alt detta i hög grad; de magra och få ett lidande utseende. Hvarje arbete, hvarje njutning af lifvet är dem omöjlig. Gången förorsakar dem smärta, t. o. m. den minsta rörelse är smärtsam, sömnen är störd. De blifva till sist ytterligt anemiska och nervösa.

Ett i symptomatiskt hänseende mycket intressant fall är det af IMLACH i Liverpool observerade.[1]) Patienten var en 31-årig enka, som i februari 1885 led af en pyosalpinx, för hvilken hon skulle opereras, men under väntan på operationen upptäcktes, att hon hade ganska höggradiga symptom af diabetes mellitus. Under lämplig diet minskades visserligen urinens mängd, men sockermängden minskades endast föga, om ens något. Den 19 maj exstirperades uterinbihangen. Den högra tuban hade förtjockade väggar, var sluten i båda ändarna och innehöll var. Den vänstra var förtjockad men icke sluten vid fimbrialänden och innehöll endast litet muco-pus. Ovarierna voro adherenta i pelvis och aflägsnades med svårighet. Uterus, som var adherent till sacrum, löstes, och patienten tillfrisknade lätt efter operationen. Sockermängden aftog efter operationen och försvann helt och hållet den 26 maj, således efter 7 dagar, oaktadt hon då hade vanlig diet med rispudding, socker och andra glykosbildande ämnen.

Symptomen äro emellertid icke alltid så häftiga som de ofvan skildrade. Det finnes fall, då kvinnan visserligen icke är frisk men icke har så häftiga smärtor, utan dessa äro mer dofva, yttra sig såsom en tyngd, en obehaglig känsla i bäckenet, som under de förlängda menstruationsperioderna ökas till värkliknande smärtor. Detta gäller hufvudsakligen om den katarrala salpingiten och dess följdsjukdom, hydrosalpinx.

---

[1]) Brit. med. journ. 1885, 2, s. 61.

Angående orsaken till dessa smärtor anse GUSSEROW,[1]) VEIT,[2]) HEGAR[3]) m. fl., att de hufvudsakligen äro beroende på den alltid för handen varande perimetriten. Detta antagande förefaller vid närmare eftertanke något egendomligt. Man frågar sig ovilkorligen: bruka smärtorna vid en vanlig, af en salpingit oberoende perimetrit i någon betydligare mon tilltaga under menstruationen? Svaret torde i de flesta fall blifva nekande. Jag för min del tror, att de mellan menstruationsperioderna existerande smärtorna kunna förklaras af perimetriten; men de under blödningen förekommande synas mig vara af en helt annan karakter, i det de ganska mycket påminna om smärtsamma uterinkontraktioner. Jag vill därmed icke säga, att jag anser dem hafva sitt säte i uterus, utan jag tror, att de få tillskrifvas kontraktioner i själfva tubarsäcken. Denna bildar, som bekant, vid den här skildrade sjukdomen en sluten muskulös säck, ofta med betydligt förtjockad muscularis. Då vid menstruationstiden kongestionen ökas, blir spänningen större, och säcken vill tömma sitt innehåll. Då detta icke är möjligt, blifva kontraktionerna, i likhet med hvad som eger rum med uterus vid en till följd af något hinder protraherad förlossning, smärtsamma. Såsom ytterligare bevis för denna åsigt vill jag nämna, att smärtorna vid regleringsperioderna icke äro kontinuerliga, utan visa en tydlig intermittens, ett förhållande, som jag flere gånger haft tillfälle att observera.

Denna tubara dysmenorré (om jag får använda ett sådant uttryck) kan emellertid icke till sina karakterer skiljas från en uterin; men att den vid inflammation i tuban är beroende på denna förändring, finner man vid sådana tillfällen, då blödningen fortfar efter tubornas aflägsnande. I sådana fall har jag alltid funnit blödningen smärtfri.

Dysmenorrén kan sålunda lika litet som den abnorma blödningen vara ett patognomoniskt symptom för salpingiten, men den är tillräcklig att komma en att misstänka en förändring i tuban.

TAIT[4]) säger: »We should always be especially suspicious of salpingeal disturbance, if the pain comes on a day or two

---

[1]) Arch. f. Gyn. 1886, bd 29, h. 2, s. 327.

[2]) Ueber Perimetritis. Volkm. Samml. n:r 274.

[3]) Arch. f. Gyn. 1886, bd 29, h. 2, s. 330.

[4]) Edinb. med. journ. 1886, I, s. 814.

previous to the menstrual flow. It is due to some rhytmical expulsive contraction in the inflamed tubes.»

Jag har särskildt inlåtit mig pa orsaken till smärtan och smärtans säte därför, att VEIT, som anser den vara beroende på perimetriten, enligt min åsigt begått ett öfvergrepp, då han i vissa fall exstirperar uterusadnexerna vid en perimetrit utan att hafva påvisat, att den primära härden finnes i tuborna. Detta är en operation för perimetrit, som icke har något att göra med exstirpationen af adnexerna vid förändringar i dessa själfva och bör sålunda icke räknas hit.

Jag upptager icke häller perimetriten såsom indikation för operationen, utan endast förändringar i adnexerna själfva. Att en perimetrit därvid nästan alltid förefinnes, hvilken ger anledning till smärtor, är en sak för sig, men för att operationen skall vara indicerad fordras förändringar i tuborna eller tuborna och ovarierna tillsammans, hvilka äro orsak till perimetriten och de ständigt nya recidiven af den samma.

Operationen kan sålunda vara fullt indicerad, om man kan diagnosticera en sådan förändring i tuborna och denna förändring icke på annat sätt kan aflägsnas.

Nu lämnar emellertid icke den direkta undersökningen alltid fullt säkra hållpunkter; men i allmänhet torde man vid upprepade undersökningar och med användande af alla till buds stående metoder till sist kunna komma till en tämligen säker diagnos.

I allmänhet tror jag, att undersökningen under narkos är att tillråda. Man finner då i enklare fall vid bimanuel undersökning uterus, som först bör uppsökas, och på dess ena sida eller på båda sidorna om den samma långsträckta, mer eller mindre fixerade tumörer. Vid tunna och slappa bukbetäckningar kan man lätt palpera ut deras förhållande till uterus, i det man då lätt känner den uterina änden af tuban, som vanligen icke är förtjockad och som, då man följer henne åt tumören till, visar sig så småningom öfvergå i den samma. Tumören har då formen af en kon med spetsen åt uterinhörnet. Oftast ligger en sådan tumör på hvardera sidan om uterus. Kan man till följd af bukväggarnas tjocklek eller andra förhållanden icke tydligt palpera ut tumörernas förhållande genom vanlig bimanuel undersökning, har man föreslagit att använda en af NOEGGERATH angifven metod, som består däri, att man enligt SIMON dilaterar urinröret så, att man kan införa det ena pekfingret i

blåsan; för man så in den andra handens pekfinger eller hällre pek- och långfinger i rektum och mellan dessa fingrar söker upp uterinhörnen, så kan man lätt palpera ut svulsterna och deras förhållande till bäckenets öfriga organ. För min del har jag aldrig användt denna metod, som alltid har den faran, att man kan åstadkomma en kvarblifvande insufficiens. En insufficiens kvarstår alltid för några dagar och kan lägga hinder i vägen för en operation, som på grund af tumörens bristning och innehållets utträde i bukhålan möjligen skulle kunna behöfva företagas omedelbart efter undersökningen. Undersökning per rectum bör aldrig försummas, emedan man därigenom lättast får en öfverblick öfver adherensernas utbredning och de perimetritiska exsudatens storlek.

I enklare fall är sålunda diagnosen på en salpingit icke så särdeles svår att ställa. Men vanligen äro förhållandena mycket mer ogynsamma för undersökningen än de skildrade. Tuborna äro ofta böjda, slingriga eller afdelade i flere afdelningar, starkt adherenta till ovarierna, ligamenta lata, uterus, tarmarna och bäckenväggarna samt ofta inbäddade i exsudatmassor, som till och med vid en obduktion kunna göra det svårt att reda förhållandena. I sådana fall finner man vid den bimanuela undersökningen ett konglomerat af svulster, hvilka stundom underligt nog visa en viss grad af rörlighet. Kan man i ett sådant fall vare sig med palpationen ensamt eller med sondens tillhjälp urskilja uterus, har man åtminstone någon hållpunkt för undersökningen. Uterus ligger då vanligen, men icke alltid, framåt, och bakom den samma, ofta i nära förening därmed samt stundom djupt ned i fossa Douglasii, kan man urskilja svulstpartier, hvilkas natur man icke med den direkta undersökningen kan bestämma, men anamnesen och de subjektiva symptomen göra det antagligt, att det handlar om någon betydligare förändring i tuban. Äfven kan uteri tillstånd gifva någon ledning. MARTIN [1]) uppger, att af 287 fall af tubarsjukdomar öfver halfparten måste uppfattas såsom produkter af en fortskridande katarral affektion af uterinslemhinnan. I förbigående vill jag nämna, att dessa affektioner vanligen äro af en mer oskyldig natur, så att de icke komma till operation, utan bruka gå tillbaka vid energisk behandling af uterinslemhinnan. Jag har observerat flera sådana fall på Södermalms-polikliniken. Vigtigare är den andra mindre parten, som af MARTIN delas i

[1]) Arch. f. Gyn. 1886, bd 29, h. 2, s. 328.

två delar, af hvilka den ena är beroende på puerperala sjukdomar, den andra på gonorré och tuberkulos i förhållandet 6 : 1.

TAIT [1]) anger såsom orsaker utom gonorré och affektioner efter en förlossning eller abort äfven andra mer obekanta faktorer, ehuru dessa icke äro så vanliga. »Någon gång finna vi symptomen», säger TAIT, »hos unga flickor mellan 16—20 år, hvilka äro rena virgines. Affektionen går då under namn af katarral salpingit, och man kommer vid uppspårandet af symptomens början till en förkylning efter en dans eller till sittande i fuktigt gräs efter en lek.»

Kan man sålunda spåra sjukdomen upp till en förlossning, en abort eller gonorré eller kan man påvisa tuberkulos i andra organ och vi då hafva de skildrade symptomen och förändringarna för oss, så bör man vara tämligen nära diagnosen. Svårast torde en fullt exakt diagnos vara, då en salpingit och en ovarialabscess på en gång förekomma. Jag har iakttagit två sådana fall.

Fall II. Fru P. R., 24 år, fr. Stockholm, hade födt två barn, det sista för 14 månader sedan. Efter den sista förlossningen hade hon bröstböld och hade sedermera varit klen hela året samt tidstals haft smärtor synnerligast sista tiden vid regleringarna. Då smärtorna i underlifvet tilltogo, sökte hon råd vid Norrmalms-polikliniken i början af sistlidne september och behandlades af läkaren därstädes $1\frac{1}{2}$ månad intrauterint. Den 22 sistl. oktober insjuknade hon häftigare med smärtor i underlifvet och diarré.

Då jag i början af november tillkallades, hade hon nyss förut haft reglering, som hade varit af 7 dagars duration, ytterligt smärtsam, i synnerhet i början. Regleringen hade förut inträffat hvar 3 vecka af 4—5 dagars duration.

Vid undersökningen kändes cervix något förstorad, liggande i vaginalaxelns riktning, modermunnen klufven åt båda sidor, men sluten. Från cervix utgick en stor resistens, som fylde tredjedelen af lilla bäckenet, till större delen belägen på höger sida. Corpus uteri kunde icke palperas ut i denna massa, som i sitt mellersta parti kändes mer hård och glatt både framåt och bakåt, under det sidopartierna voro mer mjuka och knöliga. Patienten remitterades till Sabbatsbergs sjukhus, där hon intogs den 9 november 1886.

Sedan hon någon tid behandlats med vattenomslag, heta vaginalsköljningar och små heta lavement, minskades resistensen så småningom. Anteckningen, som gjordes den 18 december lyder:

»Uterus kännes nu i sitt öfre parti fri, ligger i anteflexionsställning. Bakom uterus i nära förening med cervix kännas två symmetriskt belägna, tämligen mjuka elastiska tumörer, som tillsammans äro ej obe-

[1]) Edinb. med. journ. 1886, I, s. 813.

tydligt större än uterus, hvars rörelser de följa, då man skjuter upp organet.» Så småningom kunde icke vidare någon tumör till vänster palperas, utan man kände den 4 januari endast en rundad, mjuk, elastisk svulst af ett gåsäggs storlek, belägen bakom och något till höger om uterus samt rörlig tillsammans med adnexerna.

Den 5 januari gjordes punktion från vagina, men utan resultat. Jag stälde nu diagnosen på ovarialcysta och föreslog operation, som utfördes den 8 januari 1887.

Buksnitt i linea alba så stort, att handen kunde införas i buken. Under det en assistent från vagina sköt upp uterus och dess adnexer, kunde den gåsäggstora tumören med fingrarne lösas från baksidan af högra ligamentum latum, hvarest han var fästad med tämligen starka adherenser. Tumören blef då fullständigt fri och var väl pedunkulerad. Pedunkeln underbands med dubbla katgutligaturer, och svulsten aflägsnades oförminskad, hvarefter pedunkeln tills vidare fixerades af assistenten. Den högra tuban, hvars serosa var lifligt injicierad och hvars fimbrier voro slagna inåt och förenade till en klump, var i sin helhet utvidgad till ett lillfingers tjocklek. Den vänstra tuban var på samma sätt förändrad, ehuru icke fullt lillfingertjock, hvarförutom dess fimbrier voro fria, men å en fimbrie satt en liten cysta af nära en hasselnöts storlek (Morgagnisk hydatid).

Det vänstra ovariet innehöll några follikulära cystrum. Högra tuban underbands nu dubbelt och aflägsnades. Därefter framdrogos äfven den vänstra tuban och ovariet, som underbundos tillsammans och aflägsnades, hvarefter noggrann bäckentoalett gjordes. Då stumparne icke blödde, så tillslöts buksåret på vanligt sätt.

Svulsten utgjordes af det högra ovariet, som var omvandladt till en gåsäggstor abscess. De båda tuborna hade betydligt förtjockade väggar och lifligt injicierad serosa. Efter uppklippning visade de sig innehålla en varigt slemmig vätska i ringa kvantitet.

Konvalescensen var hela tiden ostörd. Temperaturen, operationsdagen på aftonen 37,8, höll sig de följande dagarne omkring 37. Pulsen lugn och jämn. Suturerna uttogos på 8:de dagen, då buksåret var fullständigt läkt, och patienten utskrefs på 14:de dagen frisk, utan några resistenser i bäckenet.

$^{29}/_{3}$. Patienten har i dag visat sig. Vid undersökningen är uterus anteflekterad, liten, fullt fri och rörlig, utan resistenser i omgifningen. Ett par droppar blod visade sig den 14 februari, då hon kände små skärningar i buken. Sedan dess ingen blödning. Patienten känner sig fullt frisk och har tagit hull.

I detta fall trodde jag först, att jag hade att göra med en salpingit, men sedan exsudatet försvunnit och jag kunde palpera en rund svulst i bäckenet, ansåg jag det mer sannolikt, att en ovarialcysta förelåg. Vid operationen fans en salpingit jämte en stor abscess i det högra ovariet.

Fall III. Det andra fallet, hvilket är det sista, som jag opererat, gäller en 28-årig hustru, Maria R., från Stockholm. Hon inkom på med. afd. å Sabbatsbergs sjukhus den 11 mars och öfverflyttades till

kirurgiska afd. d. 17 i samma månad. Hon hade icke födt barn eller haft missfall. Hennes reglering hade de senaste åren, under hvilka hon lidit af fluor albus, varit förenad med någon värk, ehuru ej odräglig. Vid inkomsten hade hon sedan flere månader haft en mer tjockflytande gul flytning jämte värk och ömhet i buken. Omkring 3 veckor före inkomsten och 14 dagar efter en vanlig reglering sjuknade hon med frysningar, feber och värk i buken, i synnerhet i nedre delen, och ett par dagar därefter fick hon blödning i förening med värkliknande smärtor. Sedan den tiden har hon varit sängliggande, har stundom frusit, stundom varit het, haft kväljningar, dålig matlust, trög afföring och svårighet att urinera.

Vid inkomsten ömmade hon betydligt öfver hela buken, i synnerhet öfver nedre delen på båda sidor om medellinien. Vid bimanuel undersökning kändes bäckenorganen sammangyttrade i ett stort exsudat, i hvilket man här och där kunde känna ojämnheter af olika konsistens mot omgifningen. Att för tillfället vid den bestående ömheten palpera ut de olika delarne syntes vara omöjligt. Då en salpingit misstänktes, var D:r Warfvinge af den godheten att öfverlämna patienten i min vård.

Hon behandlades tills vidare med vattenomslag, heta vaginalsköljningar och små heta lavement. Exsudatet minskades något, och delarne framträdde mer tydligt. Vid undersökning i kloroformnarkos den 27 mars antecknades: Uterus ligger anteflekterad med rörlig corpus. Cervix baktill fixerad af resistenser, af hvilka en ligger bakom och till höger om organet tätt inpå bäckenväggen, hvarest den är fullständigt fixerad. Den kännes genom rectum såsom en tjock sträng, sträckande sig från bakre cervikalväggen ut till bäckenväggen och bakom rectum. Till vänster om uterus kännes en annan mer äggformad tumör, som genom en tämligen bred fåra är skild från uterus och ligger något framför dess plan. Den är i någon mon rörlig, men visar sig vara adherent till bäckenväggen.

Operation den $^{7}/_{4}$ 87. Buksnitt i linea alba af halfva handens bredd. Kloroformnarkosen hela tiden ytterligt dålig, ojämn och afbruten af då och då påkommande kräkningsattacker med åtföljande spänningar af bukmusklerna. Under det en assistent från vagina sköt upp uterus, löstes de flesta adherenserna, hvari svulsterna lågo inbäddade. Därefter lades såsom i förra fallet en provisorisk slynga kring vänstra uterinhörnet, hvarmed uterus så vidt möjligt framdrogs. Återstående adherenser löstes, och den vänstra svulstmassan, bestående af en lillfingertjock tuba och ett cystöst, follikulärt degeneradt ovarium kunde framdragas i buksåret. Den bildade stjälken underbands i 2 delar, och svulsten aflägsnades. På högra sidan förfors på samma sätt, men här voro adherenserna betydligt starkare, och vid deras lösning brast en cysta i ovariet och utgöt sitt blodiga innehåll i bukhålan. Denna cysta stod icke i samband med äggledaren, som förblef intakt. Till sist kunde en stjälk bildas, och tuban och ovariet underbundos på samma sätt som på andra sidan och aflägsnades, tuban på båda ställena i själfva uterinhörnet.

Bäckentoalett så noggrann, som de ständigt påkommande kväljningsrörelserna tilläto, (patienten hade icke i likhet med alla de öfriga sedan

sommaren 1886 opererade fått kokain,) samt tillslutning af buksåret på vanligt sätt. Vänstra ovariet, hönsäggstort, hade så godt som fullständigt uppgått i en abscess med tunt, illaluktande var. Tuban, hvars finbrialände var sluten och tätt adherent till ovariet, kunde för öfrigt sonderas hela vägen, men uterinänden var mycket trång. Den hade halfcentimetertjocka väggar och innehöll några droppar muco-purulent vätska. Skiljeväggen mellan tubans fimbrialmynning och ovarialabscessen var mycket tunn och syntes endast bestå af en membrana pyogenetica, hvilken sonden med lätthet gick igenom.

Högra tuban var fullkomligt lik den vänstra, men var icke så nära adherent till ovariet; äfven dess fimbrier hade försvunnit och mynningen oblitererats. Högra ovariet innehöll en hasselnötstor abscess med fullkomligt likadant innehåll som abscessens i vänstra ovariet. Abscessmembranernas inre yta finknottrig, chagrinliknande. Den cysta, som brast vid adherensernas lösning, synes hafva varit en blodcysta i självfva adherenserna och hade ingen särskild begränsande membran.

Dagen efter operationen svåra kräkningar. Afgång af flatus och spontan urinkastning. Temperaturen höll sig 3 dagar omkring 38° men sjönk sedermera. $^{12}/_{4}$ öppning efter lavement. $^{15}/_{4}$ uttogos suturerna, då buksåret var läkt. $^{24}/_{4}$ uterus anteflekterad; baktill och till höger en obetydlig resistens. Nästan ingen ömhet. Allmänna tillståndet godt. Smärtorna hafva fullständigt försvunnit. $^{8}/_{5}$ inga resistenser palpabla.

I detta fall stälde jag diagnosen utan tvekan på salpingit men hade naturligtvis ingen aning om ovarialabscesserna, förrän de efter operationen öppnades.

Icke mycket lättare är diagnosen, om en ovarial- eller parovarialtumör förekommer samtidigt med en salpingit. Man diagnosticerar vanligen den ena förändringen, och det kan alltid anmärkas, att diagnosen är ofullständig. Enligt min åsigt är faran af ett misstag därvid icke stor, ty laparotomi torde väl i hvad fall som hälst vara indicerad.

En gång, då jag diagnosticerat en parovarialtumör, befans vid operationen fallet gälla en parovarialcysta, follikulär cystavandling af det ena ovariet och en katarral salpingit. Fallet är följande.

Fall IV. Patienten Maria Lovisa M., 32 år, hustru från Stockholm, hade födt 3 barn, det sista den 13 mars 1886. Hennes regleringar hafva varit regelbundna utom ett par gånger, dels för 7 år sedan, då den instälde sig 14 dagar för tidigt och varade i 14 dagar samt var profus, dels i medio af februari d. å., då hon infann sig på Södermalms-polikliniken för att erhålla hjelp, sedan den varat i 8 dagar samt varit mycket profus och smärtsam. Vid undersökningen kändes uterus liten, anteflekterad, rörlig, och till vänster en rundad, rörlig, elastisk svulst ungefär af uteri storlek samt utanför den en annan rörlig kropp, som uppfattades såsom ett förstoradt ovarium. Under lämplig behandling upphörde blödningen efter några dagar, och då hon önskade blifva opererad för

sin svulst, intogs hon på Sabbatsbergs sjukhus d. 19/2 87. Jag stälde diagnosen på en parovarialcysta och utförde operationen den 22 i samma månad.

Buksnitt i linea alba. Cystan framdrogs lätt tillsammans med ovariet och tuban och afbands jämte nämnda organ med två dubbla katgutligaturer och aflägsnades, hvarefter buksåret slöts på vanligt sätt.

Cystan utgjordes af en något mer än hönsäggstor parovarialcysta. Ovariet innehöll flera små cystor, och tuban var förtjockad till nära ett lillfingers tjocklek i fimbrialänden och afsmalnade inåt. Vid uppklippningen innehöll den endast en ringa kvantitet slemmig vätska.

Tillfrisknandet var lätt. Buksåret läktes p. p., och suturerna uttogos på 8:de dagen. Patienten utskrefs frisk den 12 mars.

Hon infann sig åter den 15 april och var då fullt frisk. Vid undersökningen var uterus rörlig, anteflekterad samt dragen öfver något åt vänster, hvarest fans en ringa förtjockning i lig. latum.

Salpingiten skulle vidare kunna förväxlas med en kronisk parametrit, som har samma orsaker, men denna skiljer sig från salpingiten genom de olika subjektiva symptomen. Man har icke här de kolikartade eller värkliknande smärtorna utan endast mer dofva och ständiga smärtor i underlifvet, korsryggen och de nedre extremiteterna. Äfven den objektiva undersökningen torde i de flesta fall vara afgörande. Man finner nämligen vid parametriten exsudatet ligga betydligt djupare ned och mer åt sidorna, fixerande vaginalväggarna och stundom äfven uterus, under det att det perimetritiska exsudat, som betingas af en salpingit, ligger högre upp, mer eller mindre nära uterus och tillsammans med bäckenorganen visar en viss grad af rörlighet. Vidare är exsudatet vid en parametrit mer brädhårdt och af jämn konsistens; vid en salpingit kunna ofta mer eller mindre mjuka, stundom fluktuerande partier här och där urskiljas.

Svårare är att göra differentialdiagnosen mellan en vanlig perimetrit och en perimetrit, som förefinnes jämte en salpingit. Man har nämligen här till en början endast att hålla sig till patientens egna smärtförnimmelser, och man behöfver icke vara så särdeles gammal gynekolog för att hafva gjort den iakttagelsen, att smärtorna icke sällan öfverdrifvas. I sådana fall, då tuban icke särskildt kan palperas ut på grund af det omgifvande exsudatet, brukar jag alltid låta mina patienter ligga till sängs och underkasta dem en tids resorberande behandling, under hvilken exsudatet vanligen minskas eller försvinner, hvarefter tuban i vanliga fall kan palperas ut. På grund af de subjektiva symptomen kan man misstänka men icke diagnosticera en salpingit.

Det är icke länge sedan jag iakttog ett sådant fall, i hvilket etiologin är fullkomligt dunkel.

Fall V. Patienten Matilda S., 39 år, gift, fr. Stockholm, har aldrig varit hafvande. Hennes reglering skall alltid hafva varit normal och utan värk. Hon har icke iakttagit någon svårare flytning. För 6 veckor sedan sjuknade hon med värk i underlifvet, utstrålande åt benen, samt diarré. Några dagar efter värkens början fick hon blödning, som ännu fortfor, då hon inställde sig på Södermalms-polikliniken i början af mars 1887 med symptom, som tydde på en salpingit. Hon remitterades till Sabbatsbergs sjukhus, där hon intogs den 9 i samma månad. Vid inkomsten kändes uterus i någon mon rörlig, förstorad och anteflekterad, men låg långt bakåt i bäckenet. Till höger om uterus kändes en hönsäggstor, något elastisk resistens, som också var något rörlig tillsammans med uterus, med hvilken svulsten var intimt förenad. Till vänster kändes en liknande, något större svulst, som var mer skild från uterus och betydligt ömmande vid palpationen. Alla bäckenorganen syntes vara sammangyttrade af exsudat.

Blödningen slutade inkomstdagen, smärtorna minskades, och exsudatet syntes småningom blifva mindre. Den 24 mars fick hon åter blödning i förening med svåra smärtor, hvilka varade till den 31, då den upphörde efter heta irrigationer. Under regleringsperioden hade exsudatet åter ökats, men vid palpationen den 4 april voro svulsterna bättre begränsade och mer distinkta än vid inkomsten. De voro nu skilda från uterus och något rörliga tillsammans med öfriga bäckenorgan. De voro långsträckta, elastiska, ömmande för tryck. Diagnosen ställdes på salpingit med stort exsudat i tuborna och befans vid operationen den 5 april vara riktig.

Buksnitt i linea alba så stort, att handen kunde införas i buken. På hvardera sidan om uterus kändes svulstbildningar, som voro adherenta till bakre bäckenväggarna, baksidan af lig. latum och sidopartierna af uterus. Uterus själf, tämligen betydligt förstorad, var adherent till bakre bäckenväggen. Sedan adherenserna blifvit så mycket lösta med den införda handen, att uterus kunde framdragas, lades en provisorisk slynga af silketråd omkring vänstra tuban vid själfva uterinhörnet, och under det assistenten medelst denna fixerade organet, kunde adherenserna lösas. Den pekfingertjocka vänstra tuban var fast sammanlödd med vänstra ovariet, som var mer än 3 gånger så stort som ett normalt. Hela kylset framdrogs med vänstra handen, och den breda stjälken underbands i två delar med dubbel katgut. Därefter lades en slynga kring högra uterinhörnet, och samma manöver upprepades. Tuban var korfliknande och tjock som ett duktigt långfinger samt sluten vid fimbrialänden och skild från ovariet. Den breda stjälken underbands här i 3 delar med dubbel katgut. Därpå aflägsnades först det vänstra svulstkylset och sedan den högra tuban och ovariet. Från de lösta adherenserna visade sig någon blödning, som stillades genom kompression med svampar, hvarmed fossa Douglasii utstoppades. Noggrann bäckentoalett med varm salicylsyrelösning. Då ingen blödning vidare visade sig, tvättades stumparna med svag sublimatlösning, och ligaturerna kortklipptes, hvarpå buksåret slöts på vanligt sätt med djupa och ytliga suturer.

Innehållet i högra tuban såg ut som menstrualblod. Den förstorade vänstra äggstocken innehöll ett cystrum, fyldt med blodigt serum. Högra

äggstocken utan förändringar. Vänstra tubans väggar betydligt förtjockade och svåliga samt ytterligt sköra. Innehållet i den samma utgjordes af blodigt serum.

Dagen efter operationen hade hon upprepade kräkningar, men inga betydligare peritonitiska symptom; kunde själf kasta vatten. Konvalescensen var därefter ostörd med ringa temperaturstegring (omkr. 38° på aftnarna), men från den 10 april sjönk temperaturen ned till 37° och var sedermera normal. Suturerna uttogos d. 13, då buksåret var fullständigt läkt. Vid undersökningen den 24 april var uterus icke fullt rörlig, och på båda sidorna palperades små, rundade resistenser, den vänstra något större, men ingendera större, än hvad som kan förklaras af pedunkelbildningen. Allmänna tillståndet godt. Patienten har inga smärtor och är uppe. $^6/_5$ resistenserna försvunna, patienten fullt frisk.

Enligt BANDL [1]) kunna tubarsvulsterna vidare förväxlas med:

1) subperitoneala fibrom, som utvecklat sig åt lig. latum och undergått cystös degeneration. Under vanliga förhållanden igenkännas de på sin karakteristiska hårdhet, på sin runda, tydligt begränsade form.

2) med blodutgjutningar i lig. lat., hvilka gifva ungefär samma undersökningsresultat som tubartumörer, men anamnesen skyddar vanligen mot förväxlingar. Blodutgjutningar börja med alla de symptom, som äro klassiska för en stark blödning: blekhet, svaghet, köld i extremiteterna, svindel; därpå inställa sig peritonitiska symptom.

3) med cystor i lig. lat. och små ovarialcystor. Dessa äro emellertid vanligen ensidiga, under det salpinxtumörerna vanligen äro dubbelsidiga. För öfrigt förorsaka dessa svulster i olikhet med tubarsvulster i allmänhet inga subjektiva symptom, hvarifrån dock dermoidsvulster i ovarierna synas göra ett undantag. Såsom illustration kan nämnas ett fall af GODSON, [2]) i hvilket felläge af uterus och ooforit åtskilliga gånger diagnosticerats och utan framgång behandlats i åratal. LAWSON TAIT, som på GODSONs begäran undersökte fallet, ansåg det vara en sjukdom i appendices, och SPENCER WELLS instämde i antagligheten af denna åsigt och gillade den föreslagna operationen, som hade till följd upptäckten och aflägsnandet af en liten dermoidcysta.

4) med hematometra eller hydrometra lateralis vid duplicitet och kongenital tillslutning af den ena hälften af organet. Dessa tillstånd kunna enligt BANDL vid den direkta undersökningen gifva fullkomligt samma intryck för känseln som en tätt

[1]) Handb. der Frauenkrank. v. BILLROTH und LÜCKE, 2:te Aufl., bd II, s. 781.
[2]) Lancet 1884, I, s. 473.

intill uterus belägen tubarsvulst, och blott en sorgfällig anamnes, sparsam menstruation, de så småningom sig stegrande smärtorna, påvisandet af antydningar till duplicitet af portio vaginalis eller vagina, möjligen äfven i tvifvelaktiga fall en explorativpunktion kan föra till en differentialdiagnos.

5) med tubarhafvandeskap. Jag har redan omnämnt de symptom, som ett sådant åstadkommer och tror, att man i allmänhet lätt kan skilja det från en salpingit; men äfven om det i mer komplicerade fall skulle vara omöjligt, anser jag en förväxling icke hafva någon praktisk betydelse, alldenstund enligt min åsigt terapin bör vara fullständigt den samma, såvida det handlar om en tubargraviditet i de tidigare stadierna. I de längre framskridna stadierna bör en differentialdiagnos vara lätt.

Det återstår emellertid en del fall, i hvilka diagnosen är omöjlig att ställa. Om symptomen då äro så svåra, att ingreppet kan anses indiceradt, har man att tillgripa profpunktionen, och om den icke lämnar positift resultat, profincisionen.

Profpunktionen har alltid det emot sig, att den så sällan lämnar positift resultat, och att den icke alltid är ofarlig. Då svulsterna äro små, så har man vanligen mycket svårt att träffa dem med nålen. Men om man skulle lyckas träffa dem, då vanligen från vagina, så skulle den mikroskopiska undersökningen af den erhållna vätskan möjligen kunna gifva några upplysningar, i det innehållet i tubarcystorna enligt Fergusson konstant skall innehålla cilieförande cylinderepitel; men ett negatift resultat af den mikroskopiska undersökningen synes mig däremot bevisa ganska litet. Vidare kan nålen vid så små svulster, om hvilka här är fråga, lätt komma in i blåsan, en tarm eller något blodkärl i ligamentum latum, och då är punktionen icke längre ofarlig. Dessutom har den den faran med sig, att i fråga om pyosalpinx var lätt kan utsippra i bukhålan och åstadkomma många obehag. Jag har försökt den en gång med negatift resultat och tänker icke utföra den vidare.

Profincisionen har i tvifvelaktiga fall alltid den fördelen med sig, att man med detsamma kan fullborda operationen, och synes mig vara fullt berättigad, om den företages under alla antiseptikens fordringar, då den bör vara tämligen ofarlig.

I betraktande af sjukdomens dåliga prognos och symptomens svårighet och äfven i afseende på diagnosens möjlighet synes exstirpationen sålunda vara fullt indicerad. En annan

fråga är: äro alla etiologiskt olika former lämpliga föremål för operativ behandling?

Hvad då först beträffar den septiskt puerperala formen, som enligt MARTIN är den vanligaste, så torde den i sitt akuta stadium icke vara föremål för direkt ingrepp. Ett sådant fall bör under alla omständigheter behandlas exspektatift, icke blott därför, att en spontan läkning är möjlig, utan äfven emedan operationen skulle vara ytterst riskabel. Men skulle fallet blifva kroniskt, d. v. s. om de akuta symptomen skulle försvinna och en härd i den ena eller båda tuborna kvarstå, trotsande all behandling, bör exstirpationen komma i fråga. Det är väl möjligt, att äfven sådana härdar kunna försvinna under långvarig behandling, men det är omöjligt att beskrifva, hvilka lidanden de stackars kvinnorna under denna tid måste utstå. Och äfven om man skulle bortse från lidandet, så återstå dock flere omständigheter, som måste göra den exspektativa behandlingen betänklig. I första rummet hafva vi då att taga i betraktande den redan omnämnda möjligheten af en bristning med åtföljande peritonit och död; vidare kan den ursprungliga infektionen efter någon tids hvila åter tilltaga i styrka, sprida sig till omgifningen och framkalla en septisk peritonit. Till sist synes icke häller det sätt, hvarpå spontanläkning kommer till stånd, vara utan sina faror. Först resorberas varets serösa del, och det återstår en ostig massa, som i lyckligaste fall går till resorption eller kalkvandling. Men det är lätt att tänka sig, att en tuberkulös infektion under tiden kan komma till stånd. Själf har jag icke iakttagit något sådant fall beträffande den septiska puerperala salpingiten, men väl i afseende på den gonorroiska.

Fall VI. Fallet gäller en 31 års gift kvinna från Stockholm. Hon hade sedan barndomen varit klen, ehuru hon, så vidt hon vet, icke lidit af någon egentlig sjukdom, förrän hon för omkring 3 år sedan fick någon underlifssjukdom, för hvilken hon behandlades och blef botad. För 2 år sedan fick hon plötsligt en riklig, tjock, gulfärgad flytning samt smärta vid urinkastningen, hvilken senare alt sedan, ehuru i mindre grad, fortfarit. Efter denna tid började menstruationerna blifva smärtsamma och förenade med värk i underlifvet, som ofta varit så svår, att hon krampaktigt dragits i hop. Hon började menstruera vid 15 års ålder regelbundet med 3 veckors mellanrum och 8 dagars duration, men efter insjuknandet började blödningarna blifva längre och sedan sistlidne vinter hafva de fortgått under 14 dagars tid med endast 8 dagars mellanrum, alltid förenade med en obeskriflig smärta. Hon har varit gift i 5 år, men icke varit hafvande.

Hon instälde sig på polikliniken å Södermalm den 20 maj 1886. Vid undersökningen var uterus normalstäld, något förstorad. På dess vänstra sida kändes en fri och rörlig kropp, liknande ett något förstoradt ovarium, och emellan denna kropp och uterus fans en strängformig bildning af något mer än en gåspennas tjocklek. De högra adnexerna voro utan palpabla förändringar, men patienten markerade betydlig ömhet på båda sidorna.

Hon behandlades med heta irrigationer i vagina och små heta lavement samt observerades, ända till dess hon den 9 augusti 1886 intogs på Sabbatsbergs sjukhus. Under tiden hade resistenserna i de vänstra adnexerna förenat sig, bildande en svulst, som kändes såsom en knappast gåsäggstor, oregelbunden, tämligen hård klump, hvilken till en del syntes vara förenad med uterus, följande dess rörelser vid palpationen. Till höger om uterus hade äfven småningom utbildat sig en resistens, som syntes vara strängformig samt något tjockare än den d. $^{20}/_{8}$ på vänstra sidan palperade strängen. Blödningarna hade hela sommaren varit lika långvariga och smärtsamma som förut. Öfriga organ visade inga förändringar. Urinen innehöll icke ägghvite, och i lungorna kunde inga tecken på tuberkulos påvisas.

Diagnosen hade jag redan under sommaren stält på salpingit och ansåg förhållandena för en operation icke altför ogynsamma. Jag föreslog därför en sådan, men underrättade patienten på samma gång om farorna. Detta oaktadt yrkade hon lifligt att blifva opererad.

Operation d. $^{21}/_{8}$ 1886. Under vanliga antiseptiska försighetsmått gjordes buksnitt i linea alba 10 ctm. i längd omedelbart ofvan symfysen. Då handen infördes i bukhålan, kändes på peritonei insida några små knottror, liknande miliära tuberkler. På båda sidor om uterus mellan de förändrade tuborna och omgifvande delar funnos tämligen starka adherenser, som löstes med fingrarna. Inga adherenser till tarmarna. Uterus framdrogs så långt som möjligt och höls fast af assistenten. Tuborna jämte ovarierna, hvilka icke kunde bringas utanför buksåret, afbundos och utkliptes såsom i de föregående fallen. Buksåret förenades på vanligt sätt.

Den vänstra tuban, hvars fimbrialände var intimt förenad med ovariet, hade rullat i hop sig, så att den framstälde nästan en fullständig ring, och var i sin yttre del nära 2 finger tjock men afsmalnade småningom inåt, så att den vid uterinhörnet hade sin normala tjocklek. Vid dess uppklippning visade den sig innehålla tunnflytande var, och på dess insida fans ett 2 ctm. stort ulcus med grådaskig botten och naggade, ojämna, underminerade kanter, tydligen af tuberkulös beskaffenhet. Tubans väggar voro nära centimetertjocka.

Den högra tuban, som var skild från ovariet, var knapt fingertjock. Äfven den innehöll var, men på dess slemhinna visade sig icke någon ulceration.

		m.	a.
Temperaturen	operationsdagen	36,5.	37,8.
»	$^{22}/_{8}$	37,8.	37,5.
»	$^{23}/_{8}$	38,2.	—

Efter operationen låg patienten i ett kollapsartadt tillstånd, ur hvilket hon aldrig hemtade sig. Pulsen var ytterst dålig och hastig. Patienten afled d. $^{23}/_{8}$ kl. 6 e. m.

Obd. d. $^{24}/_{8}$ 86. Prof. WALLIS. Vid bukhålans öppnande visar sig ingen blodutgjutning vid operationsställena, däremot en begynnande färsk peritonit. Dessutom är peritoneum å bäckenväggarna öfversålladt med små, submiliära, gråa knottror. Ileumslyngor i stort antal genom färskt exsudat hopklibbade både med hvarandra och med bäckenorganen samt dess väggar. Den slynga, som är närmast valvula coli, är starkt fästad med äldre adherenser, hvilka äro försedda med massor af mindre och större tuberkler; i slyngan en perforation, mätande omkr. 0,5 ctm. i genomskärning; å tarmens insida inga makroskopiska tuberkler skönjbara. Tarmarna för öfrigt utan anmärkning. I uterus ingen tuberkulos, ej häller i vagina eller blåsan. Ingen tuberkulos i lungorna; i lefvern och njurarna akut, parenkymatös degeneration; mjälten förstorad.

I afseende på detta fall, som i min serie är det enda, som gått olyckligt, ångrar jag endast, att jag icke opererade, så snart fallet kom under min behandling, då miliartuberkulosen sannolikt ännu icke brutit ut. Miliartuberkulosen måste, såsom detta fall utvisar, betraktas såsom kontraindikation mot operationen. Däremot kan exstirpationen af tubor och ovarier vid lokal tuberkulos enligt HEGAR[1]) vara på sin plats, »när degenerationen inskränker sig till tubor och ovarier och möjligen närliggande delar af lig. lat., eller när vid samtidig affektion af uterus en efterföljande intrauterin behandling lofvar följd, eller när vid samtidig tuberkulös peritonit med transsudat laparotomi är indicerad». Detta bevisar han med en kasuistik af icke mindre än 6 fall, af hvilka endast ett gick olyckligt.

En annan utgång af den septiskt puerperala formen, den i ulcerös salpingit, har jag iakttagit en gång.

Fall VII. Detta var en 25-årig, gift kvinna, L. P., från Stockhom. Hon hade från barndomen varit frisk och började menstruera vid 18 års ålder, smärtfritt och regelbundet, och födde för 5 år sedan ett barn. Ungefär en månad efter förlossningen fick hon värk i underlifvet, hvilken blef svårare, då regleringen 6 månader senare åter började. Hon blef vid första blödningen så sjuk, att hon »hvarken kunde ligga eller sitta, och man måste vaka öfver henne om nätterna». Dessa smärtor, som hon beskrifver såsom intermittenta och liknande förlossningsvärkar, återkommo sedermera hvarje gång, blödning instälde sig. Blödningarna hafva de 4 sista åren instält sig med en mellantid af ungefär 14 dagar. Stundom har mellantiden varit 3 veckor och någon gång en månad; durationen 8—14 dagar. De sista 2 åren har hon haft ständiga smärtor i bäckenet, hvilka stegrat sig vid blödningarna.

---

[1]) Genitaltuberculose des Weibes 1886, s. 39.

För sitt lidande har hon rådfrågat flere läkare och har äfven vårdats på sjukhus, däribland på gynekologiska kliniken å Sabbatsberg emellan d. $^{13}/_4$ och d. $^{24}/_4$ 1885 under diagnos perimetrit.

Anteckningen i journalen, som blifvit mig benäget meddelad, lyder: »Uterus normalstäld, anteflekterad, rörlig och fri, men stor och något öm. Vaginalportionen något stor. Modermunnen bred men sluten. Till sidorna om uterus ingen tydlig resistens, men ömhet för tryck. Vaginalportionen livid utan förändringar i slemhinnan, men i kanalen är slemhinnan röd och lätt blödande för sonden. Hon fick d. $^{17}/_4$ svårighet att kasta urin och symptom från ögonen efter sabina. Toucherades med kromsyra och fick heta injektioner.»

Hon var sedermera en tid något bättre, men återfick smärtorna i slutet af förra året. Den 5 sistl. februari infann hon sig på min mottagning och klagade då mest öfver flytning och symptom från ventrikeln. Vid min undersökning fann jag i hufvudsak det samma, som finnes upptaget i journalen från Sabbatsberg (hvilken jag icke då kände till), men därjämte vaginit. Vagina toucherades några gånger med lapislösning, och uterinhålan behandlades med jodsprit. I början syntes någon förbättring inträda. Smärtorna vid regleringen uppgaf hon åtminstone vara minskade, och allmäntillståndet var rätt godt. Den 22 mars fick hon blödning, som redan från början var förenad med smärtor, hvilka efter några dagar ökades till ytterlighet. Vid hvarje bloddroppe, som utkom, kände hon smärtor, som liknade förlossningsvärkar, men voro svårare. Hon tyckte sig finna någon lindring, då hon drog upp benen mot buken. Hon fick då morfin i tämligen stora doser, men utan egentlig lindring.

Den 26:te besökte jag henne (först då ditkallad). Smärtorna fortforo och syntes vara lokaliserade till vänster. Undersökningen gaf vid handen, att en hönsäggstor tumör uppstått till vänster om uterus. Den var fri och rörlig samt ömmande för tryck. Några andra abnorma resistenser kunde icke palperas. Under behandling med isomslag minskades smärtorna betydligt men upphörde icke samtidigt med blödningen, som slutade den 5 april. Pat. blef emellertid efter blödningens upphörande så kry, att hon kunde besöka mig, men smärtorna fortforo, och svulsten hade något förstorats.

Jag ansåg redan nu, att en salpingit förelåg, samt talade med henne om möjligheten af en operation. Då jag mycket allvarligt betonade operationens faror, sade hon sig hällre vilja dö än utstå de förfärliga smärtor, af hvilka hon led, samt yrkade på operation. Jag föreslog henne då sjukhusvård, och D:r Sondén var nog välvillig att mottaga henne på Diakonissjukhuset den 18 april 1886.

Vid vår gemensamma undersökning där, som verkstäldes under kloroformnarkos, funno vi uterus något förstorad, anteflekterad, rörlig. Till vänster om uterus kändes en svulst, som i det närmaste hade storleken af det förstorade organet. Denna svulst syntes i någon mon rörlig och kunde begränsas så väl från uterinsidan som från bäckenväggen och sköt icke så särdeles långt ned i lilla bäckenet. Bakom uterus och något till höger kändes nu en annan mindre svulst, som icke var fritt rörlig utan följde uterus vid försök att skjuta upp den samma.

Vi stälde diagnosen med största sannolikhet på en dubbelsidig salpingit och beslöto oss för laparotomi.

Operation den 24 april 1886 under assistens af D:r SONDÉN och kandidat JOHANSSON vid kloroformen. Buksnittet af ungefär 10 ctm längd lades i linea alba mellan symfysen och nafveln. Man kände nu uterus fri, båda tuborna adherenta till bakre bäckenväggen och den högra dessutom till uteri baksida. Uterus fattades med vänstra handen och kunde med svårighet dragas fram så sångt, att en ligatur kunde anläggas kring tuban vid vänstra uterinhörnet. Under det assistenten sedermera fixerade denna, kunde nästa ligatur läggas, och på detta sätt fortsattes, under det adherenserna småningom löstes, ända till dess en rad af ligaturer (af silke) blifvit lagda, hvilka fullständigt afskilde tuban och ovariet. Samma manöver upprepades på höger sida, hvarefter tuborna och ovarierna aflägsnades, tuborna tätt från uterinhörnen. Därefter kortkliptes ligaturerna, och då ingen blödning visade sig och noggrann bäckentoalett blifvit gjord, tillslöts buksåret på vanligt sätt.

Den vänstra tuban hade vid fimbrialänden tjockleken af nära två finger och afsmalnade inåt uterinänden. Den högra var af samma form, knapt fingertjock vid fimbrialänden, båda med betydligt förtjockade väggar och litligt injicierad serosa samt innehållande en hvitaktig, varig vätska. Då den vänstra blifvit uppklipt, visade sig på slemhinnan ett ulcus med naggade, ojämna ränder af ett par centimeters längd, intagande nästan hela omkretsen. I den högra fans ingen ulcerationsbildning. Innehållet undersöktes af laborator BERGFORS på gonokocker och tuberkelbaciller men med negatift resultat.

Konvalescensen var i början fullkomligt ostörd och feberfri. Suturerna uttogos på 9:de dygnet, då buksåret var fullständigt läkt. Då jag d. 4 maj förevisade preparatet i svenska läkaresällskapet, var hon så kry, att jag var betänkt på att låta henne stiga upp, men dagen därpå fick hon feber och smärtor i nedre delen af buken. Vid inre undersökning befans uterus fri, men i främre fornix kändes en resistens, som stod i intim förening med främre bukväggen. Pat. hade hög feber, varierande mellan 39—40°. En vecka efter insjuknandet öppnade sig i nedre sårvinkeln en fistel, hvarvid en mängd var utrann. Denna fistel dilaterades sedermera och visade sig leda till en abscesshåla mellan blåsan och främre bukväggen. Denna utspolades under en längre tid med antiseptiska lösningar, men fortfor att suppurera. Sedan suppurationen varat en månad, fick hon häftiga symptom från blåsan, bestående i täta och smärtsamma trängningar, och urinen innehöll en mängd var. Möjligen har en fistel bildat sig åt blåsan, men en sådan kunde aldrig påvisas vid direkt undersökning. Emellertid upphörde småningom suppurationen. Symptomen från blåsan försvunno, och fisteln i bukväggen läktes. Vid utskrifningen från sjukhuset efter omkring 3 månaders vistelse därstädes återstod ännu en infiltration till höger, men hon hade tagit hull och krafter och kunde vara uppe.

Efter hemkomsten blef hon åter sämre, hvarför hon intogs på Sabbatsbergs sjukhus d. 20 oktober 1886. Vid den då företagna undersökningen kändes på höger sida strax under bukbetäckningarna en infiltration, hvars öfre begränsning, gående parallelt med lig. Poup.,

sträckte sig 5 ctm. ofvan detta och fortsatte utåt högra lumbarregionen såsom en hård valk. Hon klagade öfver svåra koliksmärtor, som vanligen lindrades genom lavement. Uterus var fri och rörlig, anteflekterad. Ingen resistens i parametrierna.

Hennes tillstånd undergick icke någon märkbar förändring den första tiden, men den 19 nov. fick hon diarré med starka tenesmer, och i öppningen visade sig en del var. Vid rektalundersökning kunde ingen perforation påträffas, hvadan det blef oafgjordt, huruvida varflytningen från rektum var beroende på en proktit eller om en fistel bildat sig, ledande till den förut befintliga resistensen. Samtidigt med varflytningen från rectum steg temperaturen, som förut hållit sig under 37° till omkring 38° och nådde den 24 och 25 nov. på aftonen 38,8°, hvarefter den åter sjönk till omkring 37°. Tenesmerna fortforo, och öppningarna innehöllo var en längre tid, ehuru tillståndet i väsentlig mon förbättrades. Då hon utskrefs den 11 februari 1887, visade sig ännu var i öppningarna en och annan gång.

Genom sedermera erhållna underrättelser har jag fått veta, att patienten är mycket bättre, ehuru hon ännu icke är fullt bra, men hon har god matlust och är för det mesta uppe.

Hon har icke menstruerat sedan operationen.

De gonorroiska formerna hafva varit föremål för operativa ingrepp under nästan alla stadier. I ett af mina fall hade processen säkerligen icke varat mer än en månad, då exstirpationen företogs, och jag ångrar icke att hafva företagit den så tidigt, Adherenserna voro nu icke på långt när så starka, som jag funnit dem vid andra, i senare stadier företagna operationer.

Fall VIII. Pat. E. H.,[1]) 32 år, ogift, från Stockholm, har sedan sitt 13:de år menstruerat regelbundet, smärtfritt och ymnigt under 7 dagar med 3 veckors mellanrum, samt med undantag af rödsot och tyfoidfeber varit tämligen frisk. Hon har födt ett barn den 18 nov. 1880. Efter förlossningen hade hon stark blödning, och några dagar senare insjuknade hon häftigt med värk i underlifvet och var sängliggande öfver en månad. Efter någon tid inträdde menstrualblödningen regelbundet som förut och var ymnig. Den sista ordentliga regleringen hade hon i slutet af mars d. å. af 8 dagars duration. Några dagar därefter — d. 3 april — hade hon coitus, men ej senare. Sedan fick hon ny blödning den 22 april, hvilken upphörde den 26, då hon fick häftiga kolikartade smärtor i buken och var allmänt illamående. Efter två dagars uppehåll började blödningen åter. Hon höll sig emellertid uppe till början af maj månad, då hon måste intaga sängen i följd af tilltagande plågor samt utmattad af den ständiga blödningen. D:r Lindblad, som då skötte henne, ordinerade någon medicin, hvarefter blödningen minskades. De siste dagarna har hon endast haft svagt blodfärgad flytning. Den 14 maj undersöktes hon af d:r Lindblad, och då han fann en tumör i bäckenet, öfverlemnade han godhetsfullt patienten i min vård. Hon hade icke haft symptom tydande på uretralgonorré.

[1]) Förut meddeladt i Hygiea 1886, s. 35.

Vid min undersökning följande dag var patienten mager med blek hudfärg. Hon klagade öfver värk i hypogastrium utan att ange något bestämdt säte för smärtan. Buken ej uppdrifven. Bukmusklerna ej spända. Urethra och vulva friska. Uterus anteflekterad, rörlig, något förstorad. Cervix klufven åt båda sidor med betydlig erosion på främre läppen. Purulent sekretion från os. Till vänster om och tätt intill uterus en elastisk svulst, ungefär af uteri storlek. Den kändes tydligt skild från uterus, fastän belägen nära därinvid och sträckande sig nästan ut till bäckenväggen. Närmast uterus kändes den såsom en tjockare sträng, som utåt bäckenväggen betydligt tilltog i volum. Han kunde i någon mon skjutas upp och ned mellan båda händerna, men visade ingen större grad af rörlighet. Patienten ömmade ej obetydligt vid palpationen.

På grund af undersökningen ansåg jag sannolikast, att ett fall af tubarhafvandeskap förelåg. Detta borde då vara omkring 6 veckor gammalt, såvida man skulle sätta full tillit till patientens egna uppgifter om tiden för coitus, hvartill jag hade all anledning, då hon syntes fullt sanningsenlig. Jag tyckte visserligen, att svulsten var något stor för att antaga en så tidig graviditet i tuban, men då rester efter den peritonit, som hon synes hafva haft efter förlossningen, här sannolikt förefunnos, ansåg jag svulstens storlek icke hafva så mycket att betyda, alldenstund exsudat eller blödning mellan de supponerade adherenserna lätt kunde antagas.

För att i någon mon komma närmare diagnosen företog jag den 17 maj en försigtig profskrapning af uteri insida utan föregående dilatation af cervix, men slemhinnan var hård och fast; ingenting kunde utskrapas.

Denna omständighet talade naturligtvis i hög grad emot antagandet af en tubargraviditet. Det återstod att tänka på en annan sjukdom i tuban, hvilkens art man för närvarande icke kunde absolut afgöra, men att döma af den purulenta flytningen från uterus borde sannolikast en pyosalpinx föreligga. Jag ansåg därför, att en laparotomi borde göras; exstirpationen af svulsten borde icke vara så svår, då han syntes i viss grad rörlig. Jag föreslog henne därför vård å Maria sjukhus, hvarest hon intogs den 21 maj.

Följande dag gjordes undersökning under kloroformnarkos tillsammans med d:r W. EKECRANTZ och d:r PRADON, hvarvid förra undersökningsresultatet konstaterades.

Operation den 24 maj under assistens af de nämnde läkarne.

Efter vanliga desinfektionsåtgärder gjordes under kloroformnarkos buksnitt i linea alba mellan symfysen och nafveln så stort, att halfva handen kunde införas. Uterus visade sig då svullen och stor; högra tuban och ovariet oförändrade. Vänstra tuban betydligt slingrig, mer än pekfingertjock, med litligt röd serosa, låg sammanvuxen med och på öfre ytan af en svulst, som å sin sida var adherent till bakre ytan af lig. lat. och som efter exstirpationen visade sig vara ett något mer än hönsäggstort, cystöst degenereradt ovarium. Fimbrierna voro fastvuxna vid bäckenbottnen. Vid deras lösning utkom ur tuban en grumlig, varliknande massa, som så noga som möjligt uppsamlades med svampar. Sedan svulstkylset kunde fattas med handen, lades en rad

ligaturer af groft, antiseptiskt silke utmed sidan af uterus och vidare halfcirkelformigt utåt vänster till fästet af lig. lat. till bäckenväggen. Sedan de blifvit noga tilldragna, afkliptes svulstkylset. Ett par sprutande mindre arterer underbundos särskildt. Därefter gjordes noggrann bäckentoalett. Sedan ligaturstället ännu en gång undersökts och befunnits icke blöda, förenades buksåret på vanligt sätt.

Tubarväggen var betydligt förtjockad och visade sig starkt infiltrerad med rundceller. Innehållet i tuban utgjordes af var- och epitelceller. Vid undersökning af innehållet på mikrober fann man vackra grupper af *gonokocker*. Preparaten hafva förevisats på läkaremötet i Jönköping och för Svenska läkaresällskapet. Något tvifvel om mikrobernas egenskap af gonokocker förefinnes icke.

Temperaturen höll sig de närmaste 5 dagarna efter operationen omkring 38° i rectum och blef sedan normal. Suturerna uttogos den 30 maj, då såret var fullständigt läkt.

Vid utskrifningen den 9 juni kändes ligaturstället endast såsom en obetydlig, något ojämn, ej ömmande förtjockning. Sedermera har hon behandlats för endometriten, som den 12 okt. var fullständigt borta. Uterus var då anteflekterad, af vanlig storlek, icke ömmande, rörlig. Inga palpabla resistenser i omgifningen af uterus förefunnos; ingen ömhet. Patienten har tagit hull, känner sig frisk och har kunnat återtaga sitt arbete såsom xylograf.

Efter operationen har hon haft ordentliga menstruationer, den första den 25—29 juni.

Patienten visade sig i mars d. å. Uterus var anteflekterad, af vanlig storlek, utan resistenser eller ömhet i omgifningen. Menstruationerna voro regelbundna, smärtfria.

Detta fall är af mycket stort intresse, emedan det synes vara det första, i hvilket man funnit gonokocker i tuba Fall. Såsom sådant upptages det också af Martin,[1]) som för kort tid sedan opererat ett liknande. Hans patient hade blifvit smittad kort efter en förlossning, och ungefär ½ år efter sjukdomens början funnos ännu vid exstirpationen mikroberna i den ena tuban.

Ett sådant fall, som sannolikt var beroende på gonorroisk infektion, opererade jag öfver ett år efter infektionens inträde.

Fall IX. Pat., V. L., 30 år, ogift, kokerska från Stockholm, som födt ett barn för 3 år sedan, har varit frisk och stark ända till september 1885, då hon en tid hade mer än vanligt stark flytning. Under denna tid fick hon den 23 i nämnde månad reglering, som i början var smärtfri såsom vanligt, men den 26 instälde sig ytterst häftiga, krampaktiga smärtor i underlifvet. Hon låg då sjuk i 14 dagar och var den första veckan så öm i buken, att hon icke kunde tåla täcket öfver sig. Sedermera sjuknade hon på samma sätt vid hvarje regle-

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1887, s. 236.

ringsperiod, hvarje gång mycket häftigt, ehuru smärtorna i början icke fortforo så länge som första gången; men småningom blefvo de, ehuru mindre häftiga, dock mer långvariga, inställande sig vid hvarje period och fortfarande ungefär 3 veckor. Efter hvarje sådant anfall har hon sedermera haft omkring 8 dagars relativ frihet från smärtor, hvarefter blödningen åter börjat. Blödningen har i allmänhet varat 4—5 dagar såsom före hennes insjuknande, samt varit regelbunden med 4 veckors mellanrum.

Hon skickades till mig af D:r MALMSTEN, och då jag första gången undersökte henne den 25 aug. 86, var uterus något förstorad, anteflekterad. Till vänster kändes en elastisk svulst af ungefär uteri dubbla storlek, men den liksom uterus kunde endast otydligt bimanuelt palperas till följd af ömheten. I högra sidan kändes också en resistens, som var mer diffus. Den 21 september hade svulsten till vänster ej obetydligt minskats, var föga öm och kändes tämligen rörlig. Den 25 i samma månad instälde sig regleringen med de vanliga smärtorna; svulsten tillväxte högst betydligt, så att den kunde kännas redan vid den yttre undersökningen såsom en fast resistens, sträckande sig upp nästan till midt emellan nafveln och symfysen.

Patienten intogs den $^{30}/_{9}$ på Sabbatsbergs sjukhus. Regleringen hade då upphört, men smärtorna i vänstra sidan voro ytterst häftiga. Under stillaliggande, neptunigördlar och heta irrigationer minskades småningom smärtorna, och ungefär en månad efter hennes inkomst försvann svulsten för den yttre palpationen, men kändes vid bimanuel undersökning såsom en gåsäggstor, rundad, elastisk tumör. Äfven nu kunde till höger om uterus en mindre, diffus resistens palperas. Patientens allmänna tillstånd förbättrades högst betydligt, hull och krafter tilltogo. Någon reglering instälde sig icke i oktober, icke häller i november, men resistenserna i i bäckenet kvarstodo oförändrade.

Då det efter den föregående erfarenheten var mycket antagligt, att svulsten vid nästa blödning åter skulle tillväxa och smärtorna ökas samt patienten, fruktande de senare, lifligt yrkade på operation, företogs sådan $^{27}/_{11}$ 1886. Diagnosen stäld på salpingit.

Efter vanliga stränga desinfektionsåtgärder gjordes buksnitt i lin. alb. af 8—9 ctm längd. Uterus, som hade några lätta adherenser baktill, kunde sedan dessa blifvit lösta, dragas upp så långt, att man kunde se den vänstra svulsten. Man såg nu den oförändrade uterinänden, som 2—3 ctm. från uterinhörnet tämligen hastigt utvidgade sig till en mer än gåsäggstor, rundad, elastisk svulst. Denna satt fast vid baksidan af lig. lat. och utåt vid bäckenväggen. Vid försök att lossa svulsten med två fingrar brast den, och en choklad- eller svartsoppliknande massa utrann dels på den inlagda svampen dels och till största delen genom buksåret, under det en annan del stannade i fossa Douglasii samt upphemtades med svampar. Därefter afbands svulsten med 3 katgutligaturer och utskaffades. Därvid visade sig, att den mellersta ligaturen gled af, hvarför jag fattade de där blödande kärlen, som underbundos särskildt.

Den högra äggledaren, som vid fimbrialänden hade en mindre betydlig ansvällning, underbands och utskaffades tillsammans med ovariet.

Sedan noggrann bäckentoalett gjorts med het salicylsyrelösning, förenades buksåret på vanligt sätt.

Vid uppklippning af den vänstra tuban visade sig, att den vid öfvergången till tumören var fullständigt oblitererad. Den exstirperade tumören hade mer än centimetertjocka väggar, i hvilka man makroskopiskt kunde skilja 2 ungefär lika mäktiga lager, ett yttre, bestående af de nybildade adherenserna, och ett inre, tubans egentliga vägg. I båda lagren funnos stora kärl. Ovariet finnes icke i preparatet, utan har lemnats kvar. Den högra tubans fimbrialände fullständigt obliterad och utvidgad till en tumör af långsträckt konisk form med spetsen åt uterinhörnet, vid basen hållande omkring 3 ctm. i genomskärning. Vid dess uppklippning visar sig innehållet vara af fullkomligt samma beskaffenhet som den vänstra tumörens. Högra ovariet oförändradt och icke adherent till tumören.

Konvalescensen var fullkomligt ostörd. Temperaturen gick aldrig upp till 38°. Suturerna uttogos på 9:de dygnet, då buksåret var fullständigt läkt.

Menstruationen infann sig den $^{26}/_{12}$, den var sparsam och smärtfri af 4 dagars duration. $^{20}/_{1}$ likadan blödning, äfven den af 4 dagars duration. Alla symptom hafva försvunnit.

Beträffande den katarrala salpingiten, som torde vara den vanligaste af alla formerna, och som kan betraktas såsom en fortsättning af en enkel katarr i uterinslemhinnan, så synes den mig minst ofta gifva anledning till operatift ingrepp, emedan den, såsom jag redan förut framhållit, icke sällan går till spontan läkning. Jag har endast en gång gjort operationen under denna indikation, men trodde då, att jag hade att göra med en hydrosalpinx i början af dess utveckling.

Fall X. Pat., A. K., 25 år, ogift, från Stockholm, har icke födt barn, men fick missfall den 18 augusti 1886. Hon var därefter sängliggande sjuk i 11 dagar med värk i buken och fick efter uppstigandet blödning, som varade i 9 dygn. Hon hade förut alltid varit frisk. Regleringen hade varit smärtfri och regelbunden af 3 dagars duration. Men då den efter missfallet åter instälde sig, blef den mer smärtsam och har varit af 8 dagars duration. Smärtan har varit mest markerad i vänstra ljumsken och ryggen samt varit svårast före regleringens början. På grund af dessa smärtor infann hon sig den 16 sistl. december på Södermalmspolikliniken.

Vid undersökningen där fans uterus normalstäld. Bukväggarna slappa och eftergifliga. Vid sidorna om uterus kände man mycket tydligt de något mer än gåspenntjocka tuborna, som voro fria och rörliga samt betydligt ömma. Till vänster kändes dessutom ett något förstoradt ovarium. Os uteri visade å bakre läppen en liten erosion.

Hon behandlades med jodpenslingar intrauterint och syntes blifva något bättre. Då hon den $^{18}/_{1}$ undersöktes, kändes samma förändringar som förut; men just under det jag höll vänstra tuban mellan händerna, kände jag tydligt en bristning inträda, och organet föll ihop mellan

fingrarna. Strax därpå fick patienten häftiga smärtor i buken, hvarför hon fördes direkt till Sabbatsbergs sjukhus. Hon behandlades med isomslag och morfin. Smärtorna lade sig småningom, så att de icke blefvo svårare än förut; men då man kunde frukta en förnyad ansamling af vätska och patienten yrkade på operation, företogs sådan den 26 februari.

Buksnitt i linea alba 8 ctm. Vänstra tuban och ovariet framdrogos först. Stjälken underbands i 2 delar med dubbla katgutligaturer. Därefter samma förfarande på höger sida. Buksåret slöts på vanligt sätt, men då de ytliga suturerna lades, råkade nålen att skära af den näst nedersta djupa. Denna ersattes då af en annan, som icke fattade peritoneum.

Båda tuborna hade tjockleken af en grof blyertspenna och hade lifligt injicierad serosa. De innehöllo en slemmig vätska i ringa mängd och syntes vara öppna både åt peritoneum och uterus. Vänstra ovariet visade några follikulära cystor. Det högra, i hvilket corpus luteum, fans, var friskt.

Konvalescensen ostörd. Temperaturen steg morgonen efter operationsdagen till 38°, men var på aftonen 37,4°, hvarefter den höll sig omkring 37°.

Suturerna uttogos den 6 mars, men buksåret var ej väl läkt, utan hudkanterna stodo här och där ifrån hvarandra. Dessa läktes sedermera så småningom, så att de den 20 mars voro fullständigt förenade, och patienten var uppe.

Vid utskrifningen den 8 april funnos inga resistenser kring uterus, och patienten var fullt fri från plågor.

Efter den tydliga bristningen af någon cystisk tumör, som sannolikt har utgjorts af någon vätskeansamling i den vänstra tuban, tillfrisknade patienten lätt, men jag verkstälde operationen på hennes enträgna begäran, och då jag kunde förutse, att en liknande ansamling återigen skulle bilda sig.

För öfrigt hafva såsom framgår af den tabellariska sammanställningen en hel mängd sådana fall opererats. MARTIN omnämner 24 fall af kronisk katarral salpingit bland sina 77 operationer. I hvad fall som hälst bör en långvarig exspektativ behandling föregå operationen, och skulle då denna icke leda till något resultat, kan operation sättas i fråga. Det är nämligen då sannolikt, att tubans fimbrialände redan är hoplödd, och att en hydrosalpinx håller på att bilda sig. Smärtorna äro äfven vid denna form, i synnerhet vid menstruationsperioderna, ofta mycket svåra och kunna indicera operatift ingrepp.

Beträffande operationen vid hydrosalpinx, som är att anse såsom en kronisk form af den katarrala salpingiten, och som uppkommer, då tubornas fimbrialändar blifvit tillslutna i följd af en perimetritisk process, så torde den i hvarje fall vara indicerad. Symptomen äro fullkomligt de samma som vid den suppurativa salpingiten, ehuru möjligen icke fullt så svåra. De recidiverande perimetriterna äro äfven vid denna process mycket

vanliga. Den enda skilnaden skulle vara, att patienternas allmäntillstånd icke lider så mycket som vid den suppurativa formen. Hunter säger, att vid hydrosalpinx tumörerna äro större, icke adherenta till uterus och fritt rörliga.

En annan indikation, under hvilken man ofta opererat, synes mig själfklar och endast behöfva omnämnas, det är den af Hegar uppstälda, att om man i något annat ändamål företagit en laparotomi och därvid funnit en inflammerad tuba, den bör exstirperas.

Under denna indikation har jag opererat endast en gång, nämligen i det såsom n:r IV upptagna fallet.

Vid en blick tillbaka på mina egna fall, synes icke gärna något annat operatift ingrepp än en exstirpation kunnat komma i fråga. Annars har man, som bekant, föreslagit vissa andra operationsmetoder för botande af salpingiter och äfven utfört sådana operationer.

I första rummet är då att nämna punktionen. Denna synes mig vara en operation, som tillhör en förgången tid. Den är osäker till sina verkningar och icke fri från faror. Emellertid skall Simpson, från hvilken denna idé utgått, medelst punktion hafva botat 7 fall. Enligt Bandl har äfven Frankenhäuser i ett fall af hydrops tubæ profluens tre gånger gjort punktion med korta mellantider, emedan svulstsäcken alltid åter fylde sig och febersymptom instälde sig. Till sist punkterade han med en 5 mm. tjock trokar, införde därpå en cathéter à double courant i svulsten och lät den ligga i 7 dagar, under hvilken tid han flere gånger gjorde utsköljningar med en utspädd lösning af öfvermangansyradt kali. Efter aflägsnandet af katetern slöt sig öppningen emellanåt, och det kvarhållna varet förorsakade hvarje gång febersymptom, men banade sig alltid själft en väg utåt, så att patienten 7 månader efter den första punktionen befann sig väl.

Man kan just icke säga, att detta exempel är efterföljansvärdt. Att förvandla en hydrosalpinx till en pyosalpinx, bör alltid hafva en icke så liten risk med sig.

Föga mer uppmuntrande är incision i säcken med åtföljande dränage, hvilken metod flere gånger blifvit använd. Förhållandena vid en salpingit äro icke analoga med dem vid en vanlig abscess. Man har vid den suppurativa salpingiten att göra med ett förut befintligt hålrum, beklädt med en slemhinna, som till följd af en infektion afsöndrar var. Då dränageröret aflägsnas, samlar sig ofta nytt var, och i allmänhet åtgår lång tid för läkningen.

Emellertid hafva många fall på detta sätt bragts till hälsa, och metoden är alltid god att hafva till hands, då exstirpationen visar sig omöjlig att utföra. Den kan dock endast komma i fråga, då det handlar om större säckar, som kunna bringas till sammanlödning med bukväggen eller fornix vaginæ eller hälst bådadera, hvarefter dränröret föres genom buksåret in i vagina. Författarne uttala sig i allmänhet mycket reserveradt angående denna metod. TAIT, som till 1883 hade utfört den 6 eller 7 gånger i fall, då han icke kunnat aflägsna tuban, säger, att den i afseende på resultat och framgång icke på långt när är så tillfredsställande som det kompletta aflägsnandet af appendices. Han synes icke sedermera hafva utfört den.

I afseende på denna operationsmetods teknik vill jag hänvisa till en uppsats af WIEDOW i Centralbl. f. Gyn. 1885, s. 145.

Exstirpationen är således att betrakta såsom det mest radikala och rationela botemedlet vid kroniska salpingiter och äfven vid en del akuta.

Operationsstatistiken visar sig särdeles gynsam. Af 157 fall, som jag funnit i literaturen mer eller mindre fullständigt beskrifna, dogo endast 13 till följd af operationen. Lägger jag härtill mina egna 9 fall med 1 dödsfall, så blifva siffrorna resp. 166 och 14. Detta gör en mortalitetsprocent af 8,4. Dessa siffror kunna emellertid icke tillmätas någon större betydelse, då endast en bråkdel af alla opererade fall blifvit beskrifna, och då, såsom bekant, det alltid finnes en större benägenhet att offentliggöra lyckliga än olyckliga fall. Den enda någorlunda säkra statistik erhålles blott genom direkta uppgifter från de olika operatörer, som förfoga öfver något större antal fall.

Från TAIT, som utan jämförelse förfogar öfver det största materialet, föreligga tyvärr inga uppgifter sedan början af 1885, men det är att antaga, att hans statistik sedan den tiden åtminstone icke försämrats. De öfriga i nedan stående tabell upptagna siffrorna torde gifva ett tämligen troget uttryck af de olika operatörernas statistik för närvarande. Några af dem har jag redan förut anfört, men upptager dem här åter för bättre öfversigts skull.

TAIT [1])	har gjort (till början af 1885)	201 oper.	med 10 dödsfall	=	5 %	mortalitet,
IMLACH [2])	» (under 1885)	106[3]) »	» 9 »	=	8,5 %	»

[1]) a. st.

[2]) Lancet 1886, 2, s. 1148.

[3]) Bland dessa synas också förekomma exstirpationer af uterusbihangen vid myomer, neurasteniska tillstånd osv.

MARTIN[1]) har gjort	77 oper.	med 14	dödsfall	= 18 %	mortalitet.
WYLIE[2]) »	53 »	» 5	»	= 9,4 %	»
POLK[3]) »	22 »	» 1	»	= 4,5 %	»
MEINERT[4]) »	15 »	» 1	»	= 6,6 %	»
GUSSEROW[4]) »	14 »	» 0	»		
JONES[5]) »	10 »	» 1	»	= 10 %	»

Medelmortaliteten för de anförda operatörerna gör sålunda 8,2, en siffra, som märkvärdigt nog tämligen väl stämmer med den ofvan anförda. Ofvan stående tabell upptager endast dödsfallen. Det finnes dock en del uppgifter om ofullständigt tillfrisknande, men en något så när fullständig statistik i detta hänseende har jag icke lyckats samla. Bland sina 201 fall omnämner TAIT 13 fall, i hvilka resultatet af operationen var ringa eller negatift. Hos alla dessa 13 iakttog han en blödning i den periuterina väfnaden. Äfven SAVAGE har, såsom jag förut nämnt, i två fall iakttagit uppkomsten af ett hematocele. Bland de 157 fall, som jag kunnat samla ur literaturen, förekomma fem fall af tillfrisknande efter lång konvalescens, och bland mina 9 fall finnes ett, i hvilket ett exsudat bildade sig, hvilket ännu ett ar efter operationen delvis kvarstår.

Sådana ogynsamma förhållanden äro emellertid icke säregna för exstirpationen af en salpingit; de förekomma äfven vid ovariotomin och myomatomin och äro ingalunda så vanliga, att de kunna afskräcka från operationen.

Den mot operationen ofta gjorda invändningen, att man genom den samma gör kvinnorna könlösa, anser jag mig knappast här behöfva bemöta. Då invändningen gjorts, har man väl i allmänhet afsett exstirpation af ännu funktionerande ovarier, hvarvid tuborna numera ofta få följa med, äfven om de äro friska. Men om denna invändning skulle afse tubor, som äro förändrade på förut beskrifna sätt, så bevisar hon endast, att den, som gör henne, aldrig har reflekterat öfver de vid en salpingit förekommande patologiska förändringarna. Ingen torde väl på fullt allvar vilja framställa den möjligheten, att en tuba, hvars ovarialände är komplett tillsluten, och som är ombildad till en cysta med varigt

---

[1]) Frauenkrankheiten, 1887, s. 396.
[2]) N. Y. med. Record, 1886. 2, s. 163.
[3]) » » » 1, s. 635.
[4]) Arch. f. Gyn. 1886, bd. 29, 2, s. 327.
[5]) Am. Journ. of Obst. 1884, s. 1154 och N. Y. med. Record, 1886, 2, s. 198.

eller seröst innehåll vidare skall kunna fungera såsom en ledare af ägget till platsen för dess vidare utveckling.

Men en fråga af mycket stor praktisk betydelse är den, huruvida man vid en operation, vid hvilken man funnit den ena tuban sjuk och för den skull exstirperat den samma, också skall aflägsna den andra, äfven om den befinnes vara frisk. MEINERT[1]) uppger, att TAIT alltid gör så, men om man närmare granskar hans tillgängliga kasuistik, så finner man icke få enkelsidiga exstirpationer eller bland 34 mer eller mindre fullständigt beskrifna fall icke mindre än 7. Nu är visserligen sant, att sjukdomen vanligen är dubbelsidig, och att den friska tuban gärna angripes, då den andra förut är sjuk. I detta afseende är LANGNERS[2]) för öfrigt ofullständigt beskrifna fall af mycket stort intresse. Han hade genom operation aflägsnat en vänstersidig hydrosalpinx, men efter någon tid måste äfven den först sedermera hydropiskt insjuknade högra tuban aflägsnas genom en andra laparotomi. Men *en* sådan observation har ingenting att betyda. Det är endast till följd af en på annat sätt obotlig sjukdom i tuborna, som de böra aflägsnas, och finner man den ena frisk, så bör den utan tvekan lämnas kvar. I detta hänseende är mitt fall VIII mycket lärorikt. Den vänstra tuban med gonokockhaltigt sekret aflägsnades, den högra, som var frisk lämnades kvar. Patienten har nu två år efter operationen ordentliga, smärtfria menstruationer och är vid den utmärktaste hälsa. Detta såsom ett positift fall betyder mer i detta hänseende, äfven om det skulle vara enastående, än alla negativa fall tillsammans. Man måste alltid komma ihog, att aflägsnandet af ovarier och tubor är en operation, som icke får betraktas blott från kirurgisk synpunkt, utan den har också ett etiskt moment, som icke får lämnas å sido.

För bättre öfversigts skull meddelar jag å nästa sida en tabellarisk öfversigt af mina egna opererade fall i kronologisk ordning.

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1886, n:r 23, 24.

[2]) Ctbl. f. Gyn. 1886, s. 737.

N:o	Namn.	Ålder.	Stånd.	Barn.	Diagnos.	Operationsdag.	Utgång.	Tillägg.	Nummer i texten.
I	E. H.	32 år	ogift	1 para	Salpingitis gonorrh. sin.	24/5 85	Hälsa	—	VIII
II	L. P.	25 »	gift	1 para	» ulcerosa bil.	24/4 86	»	Exsudat i bäckenet, som ännu delvis kvarstår	VII
III	E. K. A.	31 »	»	0 para	» tuberc. bil.	21/8 86	Peritonit tubercul. Död	—	VI
IV	V. L.	30 »	ogift	1 para	» hæmorrhag. bil.	27/11 86	Hälsa	—	IX
V	P. R.	24 »	gift	2 para	» supp. bil. + abscess ovarii sin.	8/1 87	»	—	II
VI	Maria M.	32 »	»	3 para	» cat. sin. + cysta parovarii + cysta ovarii sin.	22/2 87	»	—	IV
VII	A. K.	25 »	ogift	1 abort	» cat. bil.	26/2 87	»	—	X
VIII	Matilda S.	39 »	gift	0 para	» hæmorrhag. bil.	5/4 87	»	—	V
IX	Maria R.	28 »	»	0 para	» supp. bil. + abscess ovarii bil.	7/4 87	»	—	III

Om exstirpation af tuban vid nybildningar i den samma.

Nybildningar i tuba Fall. synas höra till de största sällsyntheterna. I literaturen har jag endast kunnat finna 6 fall, i hvilka exstirpation af tuban blifvit utförd för aflägsnande af sådana. Det första fallet är beskrifvet af SPENCER WELLS i hans arbete om buktumörerna.[1]) Symptomen började 1877 med inflammation i högra ovariet samtidigt med att patienten hade symptom af lungsjukdom. Hon hade sedermera upprepade attacker af vätskeansamlingar i peritoneal- och plevrahålorna, hvilka punkterades, och man fann i punktionsvätskan celler, som tydde på en prolifererande process. I april 1879 gjordes profincision, då det fans 17 pint opalescerande vätska i buken. Till höger om uterus fans en orangestor tumör, som bestod af högra tuba Fall. och det bakom liggande ovariet. Emellan tumören och uterus lades en ligatur, och den förra afskars. På peritoneum funnos inga sekundära aflagringar, och den sjuka hämtade sig raskt. Tuban var fyld med exkrescenser, som funnos öfveralt på slemhinnan, och abdominaländen stod öppen.

Vidare berättar DORAN i sin Tumours of the ovary etc. 1884 s. 175 om ett fall, då han assisterade THORNTON vid en operation för aflägsnande af en stor cysta i lig. lat., öfver hvilken tuba Fall. sträckte sig. Den andra tuban var dilaterad och adherent till ovariet. Slemhinnan i denna tuba var beströdd med papillomatösa exkrescenser.

Ett annat fall omtalade DORAN i Obst. soc. of London d. 6 okt. 1886.[2]) I detta fall (Bantock) hade patienten några år haft smärta i bäckenet och svårighet vid urinering och defekation. En otydligt fluktuerande tumör palperades. Ingen vätska i peritoneum. Buken öppnades, och tuban, innehållande en papillomatös tumör, aflägsnades. En cysta, som låg i fossa Dougl. och icke innehöll någon nybildning, kunde icke aflägsnas. Patienten dog på 4:de dagen.

Ett 4:de fall är nyligen beskrifvet af Prof. NETZEL.[3]) Patienten var 22 år och hade 1878 börjat känna plågor i vänstra sidan, där hon äfven efter någon tid upptäckte en svulst. Denna tillväxte långsamt, så att den 1881, då hon opererades, ej nådde

[1]) Tyska upplagan. s. 406.
[2]) Brit. gyn. journ., 2, s. 423.
[3]) Hygiea 1887, s. 167.

fullt till nafveln. Svulsten hade en talrik mängd bäckenadherenser och låg med sin bas intraligamentärt. Ligamentet underbands under svulsten, så att denna kunde fullständigt borttagas.

Svulsten var enrummig och bestod af en inre smalare och en yttre vidare del. Den förra, som var bildad af den trattlikt utvidgade tuban, innehöll en mängd papillom, men sådana kunde icke upptäckas i den yttre delen, som syntes vara bildad af ovariet.

Vidare berättar Imlach[1]) om en papillomatös tumör i vänstra tuban, som blifvit aflägsnad från en 42 års patient. Hufvudsakliga symptomet var dysuri, som hade besvärat henne i 4½ år. Hennes sista barn föddes 15 månader förut. Sedan laparotomi gjorts, befans tumören vara nära förenad med blåsan, och den liknade kancer i organet, men den kunde lösas utan att skadas. Den hade storleken af en liten orange och innehöll tjockt slem. Vid mikroskopisk undersökning befans den vara distinkt karcinomatös. Sjukdomen syntes icke hafva varit utbredd, och patienten reste hem till Wales, botad för sin dysuri och vid synbart god hälsa.

Till sist omtalar Tait[2]) »ett fall af en ännu obeskrifven sjukdom i tuba Fallopii».

Patienten var gift, 36 år gammal och hade födt 3 barn. Hon hade ständig smärta i underlifvet, som försvårades vid menses och upprätt ställning. Inga obj. symptom. Vid profincision befunnos båda tubornas fimbrier besatta med små, hirsliknande hårda tumörer, hvilka visade sig innehålla flere cirkumskripta, gula, förkalkade massor, inbäddade i ett på stora celler rikt stroma.

Dessa äro de enda exstirpationsfall af tuborna för nybildningar, som jag funnit i literaturen. Alla hafva det gemensamt, att diagnosen icke kunnat ställas före operationen, och det är väl knappast att hoppas, att så någon gång skall kunna ske. Profincision är enda utvägen att komma till en säker diagnos, och finner man därvid tuban fyld af en tumörmassa och möjlig att exstirpera, så är klart, att operationen bör företagas.

Operationens teknik.

Den första regeln vid denna liksom vid alla andra operationer är att iakttaga renlighet. Detta är antiseptikens första

[1]) Brit. gyn. journ., I, s. 319.

[2]) Obst. Transact. 1883, s. 219.

gyllene regel, och kan den absolut efterlefvas, så äro alla våra olika antiseptiska lösningar nästan öfverflödiga. Detta har TAIT bevisat genom sina utmärkta resultat i öfver 1,000 laparotomier. Han är icke antiseptiker i den meningen, att han använder olika starka lösningar af sublimat, karbolsyra, borsyra, salicylsyra och alla de andra, men han har visat, att han är en utmärkt aseptiker. Den enda antiseptiska vätska, han använder, är enprocentig karbolsyrelösning för rengöring af begagnade svampar, och dessutom använder han jodoform till inpudring af gangrenerande stumpar vid hysterotomi.[1]) För öfrigt begagnar han endast kokadt vatten till tvättning af händerna, till sköljning eller uttvättning af bukhålan i de fall, då en sådan behöfver komma i fråga. I vatten kokar han sitt enda ligaturmaterial, silket. Instrumenten kokas i vatten och skuras med putspulver. Vid operationerna grupperas de i små med vatten fylda skålar af hartgummi. Suturnålarna äro vanligen skaftade och armerade med silke samt 3 eller 4 tillsammans invecklade i linnedukar, i hvilka de räckas operatören. Svamparna förvaras torra i påsar af bomullstyg samt fuktas omedelbart före operationen i kokadt vatten. Operationsfältet tvättas med vatten och tvål.

Denna antiseptik eller rättare aseptik synes vara den bästa för peritoneum, om den i de minsta detaljer kan genomföras. Men därtill fordras, att operatören icke behöfver använda sina händer för behandling af dåliga sår, för palpering af sönderfallande kancer i uterus, för undersökning per rectum o. s. v. Men en operatör, som själf skall lägga hand vid alla dylika saker, gör nog klokast att efter ett grundligt bad och tvättning af händerna med tvål, vatten och borste en god stund gnida dem i sublimatlösning (1 : 1000). Att skölja peritoneum med antiseptiska lösningar synes man numera äfven hos oss hafva kommit ifrån, sedan prof. NETZEL[2]) uttalat sig emot en sådan åtgärd, synnerligast emedan sådana sköljningar synas framkalla svåra kollapstillstånd, som ofta öfvergå i hastig död.

I afseende på operationer i peritoneum skiljer sig sålunda TAITS antiseptik icke så särdeles mycket från den, som vi numera äro vana att använda. Hemligheten af hans stora framgångar synes således icke ligga däri, utan torde väl snarare få tillskrifvas hans utomordentliga genom vana förvärfvade skicklighet och

---

[1]) MEINERT, Ein Besuch bei Mr Lawson Tait in Birmingham. Berl. klin. Wochenschr. 1886, n:r 23, 24.

[2]) Hygiea 1885, s. 588.

raskhet. MEINERT säger, att han opererar fort, nyktert och säkert. Vid de 12 operationer, som han såg, erinrar han sig icke en enda manipulation, som efteråt visade sig såsom felaktig eller ens öfverflödig.

Vidare torde det lilla, af honom använda buksnittet icke litet bidraga till hans framgång. Han tillmäter nämligen aldrig buksnittet större, än att han kan få in vänstra handens pek- och långfinger och någon gång tummen i bukhålan. Med pek- och långfingret löser han adherenserna och söker föra ut tumören, om den icke är för stor. Vid större tumörer punkterar han med en fin nål, hvarefter tumören drages utom bukséret och underbindes.

Det lilla snittet har många fördelar. Det minskar faran för sepsis, hvilket är af vigt, då man såsom TAIT icke opererar i särskildt operationsrum utan i det rum, i hvilket patienten ligger, vidare minskar det tarmarnas benägenhet att falla fram, än vidare lemnar det mindre ärr och minskar således faran för bukbråck, och till sist minskar det faran för kollaps, därigenom att bukens viscera äro mindre utsatta för afkylning. Den sist nämnda fördelen är i synnerhet särdeles stor. Jag skulle själf vara mycket böjd för dess användande och har för afsigt att så småningom öfvergå till det samma, så snart jag fått större vana och — djärfhet. För nybörjaren på detta område synes alltid blödningen från de lösta adherenserna vara hotande, och han kan icke frigöra sig från den tanken, att man lättare kan komma åt de blödande ställena, om man har en stor incision. Men denna hjälper egentligen ingenting utom i de fall, då ligaturerna omkring stjälken lossna eller glida af. Källan för den parenkymatösa blödning, som utgår från de lösta, vanligen djupt i bäckenet befintliga adherenserna kan man icke se, äfven om man skure upp buken ända från nafveln till symfysen. Således ligger häri en ringa fördel af det stora snittet, men däremot är det lättare att lägga ned svampar omkring tumören för att på dem upphämta tumörens innehåll vid en eventuel bristning. Men jag tror ändock, att olägenheterna äro större än fördelarna.

Blödningen stillar TAIT med svampar, hvarmed han vid behof fullproppar bäckenet. Skulle, sedan de en stund legat där, blödningen fortfara, sticker han endast ned sitt glasdrän från nedre sårvinkeln i fossa Douglasii och förenar buksåret. Därefter lägger han patienten i sin säng och sätter en van sköterska bredvid henne för att med en särskild sugapparat (sucker) aflägsna det blod och sårsekret, som samlar sig i röret.

Drän begagnar Tait vidare vid sådana tillfällen, då tumörinnehåll flutit ut i bukhålan eller en skrupulös toalett af bukhålan icke kunnat verkställas.

Taits förband är mycket enkelt och består af ett med häftplåsterremsor på buksåret fixeradt, i gaze inneslutet, stycke fettfri bomull utan inveckling af buken.

Denna operationsmetod synes numera vara allmänt antagen i England och Förenta Staterna; men i Tyskland fortfar man i allmänhet, såsom det tyckes, med det stora buksnittet. Den metod, jag användt, skiljer sig, såsom jag förut antydt, delvis från Taits, och vill jag därför mer utförligt skildra den samma.

Före operationen får patienten några grundliga bad med såptvättningar öfver hela kroppen. Dagen före operationen får hon endast flytande föda, och tarmkanalen rensas med tre matskedar ol. ricini. Operationsdagen på morgonen erhåller hon ett lavement, och sedan detta gjort verkan, rakas hon och får därefter återigen bada, hvarpå hon iföres rent linne och lägges i en nybäddad säng, i hvilken hon inbäres i operationsrummet.

På narkosen måste vid denna i likhet med andra bukoperationer läggas mycken vigt. Den bör vara lugn, jämn och utan kräkningsrörelser, som kunna vara mycket hinderliga till följd af den därvid lätt inträffande prolapsen af tarmar. För att uppfylla dessa vilkor har jag sedan sommaren 1886 gifvit 5 ctgm kokain per os före kloroformeringens början och har däraf funnit en utmärkt verkan. Jag har nu försökt medlet vid öfver 300 operationer af olika slag, och kräkningarna såväl under som efter operationen höra numera till sällsyntheterna. Medlet har vidare den fördel, att kloroformåtgången är betydligt mindre, och patienterna hemta sig lätt efter narkosens slut. Sedan detta medel började användas på Sabbatsbergs sjukhus, hafva vi icke en enda gång behöft tillgripa artificiel respiration.

Under tiden, som patienten söfves, tvättas operationsfältet med den af d:r Svensson införda sublimatspriten (1 : 250) för att få bort hudfettet, och därpå sker grundlig tvättning med vanlig sublimatlösning (1 : 1000). Mina egna och assistentens händer tvättas med vatten, tvål och borste samt gnidas sedan en längre stund med sublimatlösning.

Instrumentens antal inskränkes till det minsta möjliga. Hela uppsättningen består af en skalpel, en krokig sax, en trubbig bisturi, en skaftad krokig nål, armerad med silke, en vanlig

suturnål, försedd med katgut till den ytliga buksuturen, en krokig korntång till nedförande och upphemtande af svampar, en rännsond, två vanliga dissektionspincetter och 12 Péans pincetter. Svamparna till ett antal af sex, däribland en större, äro före operationen särskildt preparerade och förvarade i sublimatlösning samt omedelbart före operationen uttvättade i salicylsyrelösning. Instrumenten ligga vid operationen i 5 % karbolsyrelösning och få icke vidröras af någon annan än operatören.

Endast 3 assistenter finna användning: en vid kloroformen, en för att hjälpa till vid ligaturerna och dylikt samt en för att vid behof från vagina skjuta upp tumörerna. Vanligen är dock antalet inskränkt till 2, då den, som handhafver kloroformen får utföra den tredjes rol.

Sedan patienten kommit i fullständig narkos och blåsan tömts, göres buksnittet så noggrant som möjligt i linea alba, sträckande sig till symfysen och så stort, att halfva handen kan införas i buken. Första incisionen går vanligen in på musklerna, hvarefter linea alba uppsökes med rännsonden. Sedan aponevrosen blifvit genomskuren, undandissekeras det subperitoneala fettet, då bukhinnan ligger fri. Därefter stillas all blödning med Péans klämmare, som ofta få ligga kvar under den följande delen af operationen. Skulle så många sådana behöfva användas, att de blifva hinderliga, underbindes med katgut. Öppnandet af peritoneum har aldrig mött några svårigheter, ehuru det måste ske med stor försigtighet, då tarmarna ligga omedelbart därunder. Jag brukar fatta ett ytterst litet veck däraf med en pincett och skära igenom det samma, och sedan öppningen blifvit så stor, att saxen kan införas, fortsättes incisionen med denna. Vid behof lossar jag också något af muskelfästena vid symfysen. Skulle omentet ligga före och vara adherent i bäckenet, så måste detta först lösas. Vanligen försiggår detta tämligen lätt, om man med fingrarna går ned vid sidan och därefter bakom det samma, hvarefter adherenserna lösas uppifrån nedåt. Om dessa adherenser då icke kunna lösas, underbindes omentet med en dubbel rad ligaturer och genomskäres mellan dessa. Kunna adherenserna lösas, får man föra ut omentet och underbinda de däri blödande kärlen.

Därefter införes vänstra halfva handen, och de adherenser, som fixera uterus, lösas så pass mycket, att organet i någon mon kan framdragas, hvarpå jag lägger en slynga af groft silke omkring det ena uterinhörnet.

Af denna slynga har jag många gånger haft god hjälp. Medan nu den ene assistenten medelst denna fixerar uterus och en annan skjuter upp tumören från vagina, så lösas adherenserna tämligen lätt och med varsamhet, utan att tumören behöfver brista. Man bör icke angripa tumören direkt uppifrån. Det är alltid lättast att från uterinhörnet följa den på dess bakre sida, och sedan denna är löst, behöfver man vanligen endast försigtigt skjuta handen omkring dess yttre ände och därpå med fingerspetsarna underifrån lösa de främre adherenserna. Emellertid brukar jag alltid nedföra svampar bakom tumören för att med dem mottaga tumörinnehållet i händelse af bristning.

Sedan tumören sålunda blifvit löst, framdrages den så vidt möjligt utom bukbetäckningarna, och den bildade stjälken underbindes i två afdelningar. Men vanligen är stjälken icke så lång, att detta är möjligt, hvarför det icke sällan blir nödvändigt att underbinda in loco. Underbindningen måste ske tätt inpå uterinhörnet, hälst så att en del af detta tages med. För den skull drager assistenten starkt i slyngan, så att den inre ligaturen kan läggas under och innanför den samma och sålunda äfven fatta uterinhörnet. Sedan svulsten blifvit aflägsnad, borttages slyngan.

I vanliga fall är tuban adherent till ovariet, och det senare finnes sålunda med i klumpen, men skulle så icke vara förhållandet, bör det uppsökas särskildt och underbindas. Ovariets kvarlemnande bör alltid anses såsom betänkligt, inbäddadt som det är i en massa perimetritiska svålar. Det kan nämligen gifva anledning till ständigt nya recidiv, och operationsresultatet kan sålunda grumlas. Den ofvan stående skildringen af operationstekniken afser närmast exstirpationen af tuban vid salpingit. Exstirpationen vid den vanliga okomplicerade tubargraviditeten skiljer sig icke härifrån, men är betydligt lättare, då inga adherenser förekomma. Vid den brustna tubargraviditeten däremot är operationen mycket svår på grund af den mängd blod, som träffas i bukhålan. Här gäller det att operera raskt, om man skall hafva utsigt att rädda patienten. Då buksnittet gjorts och blodströmmen rusar ut genom buksåret, får man icke såsom Tait i sitt första fall och äfven jag i mitt börja rengöra bukhålan, utan man gör klokast i att genast dyka ned med handen, hastigt lösa befintliga adherenser och därpå draga fram tumören. Därigenom undviker man en fortsatt blödning från det brustna stället, och sedan tuban blifvit underbunden, har man mer rådrum att göra en fullständig bäckentoalett.

Bäckentoaletten bör göras ytterligt omsorgsfullt, om tumörinnehåll eller mycket blod runnit ut i bukhålan. Bäst torde måhända i sådana fall vara att i likhet med IMLACH och TAIT ordentligt skölja bukhålan med hett vatten. Jag har aldrig ansett mig böra tillgripa denna åtgärd, utan har nöjt mig med att uppsamla blodet med i varm salicylsyra väl urvridna svampar. Stjälken har jag gärna tvättat med utspädd sublimatlösning, utan att något af denna lösning fått komma i beröring med serosan för öfrigt.

Dränagen torde väl böra inskränkas till det allra nödvändigaste, d. v. s. till de tillfällen, då tumörinnehåll kommit ut i bukhålan eller en noggrann bäckentoalett af en eller annan anledning icke kunnat göras. Det är tydligt, att vanan hos de olika operatörerna har mycket att betyda i afseende på dränrörets användning. Somliga använda det nästan aldrig, andra mycket ofta. Emellertid tala TAITs goda resultat för, att det kan användas utan fara. För min del har jag aldrig användt dränering af bukhålan men har numera alltid ett par glasdrän af olika längd till hands för att användas, i fall varigt tumörinnehåll skulle komma in i bukhålan.

Tillslutningen af bukhålan är vid denna operation vanligen svårare än vid ovariotomier, emedan bukväggarna icke varit utspända af någon större tumör. Oment eller tarmar trassla gärna in sig mellan suturerna, och det är därför af största vigt att för hvarje sutur, som tilldrages, noga se till, att icke någon af de nämnda delarna blir inklämd. De djupa suturerna böra möjligen läggas något tätare än vid ovariotomierna. Vanligen äro dock 4—5 tillräckliga.

Till suturmaterial har jag i likhet med de flesta operatörer alltid begagnat starkt silke. Suturerna fatta på en gång peritoneum, faskier, muskler och hud. Någon särskild peritonealsöm har jag aldrig lagt, emedan mina patienter alltid varit magra och sårkanterna därför lätta att förena. Till den ytliga suturen, som endast förenar hudkanterna, har jag användt katgut och med vanlig suturnål lagt en fortlöpande söm från sårets nedre till dess öfre vinkel. I fall bukväggarna skulle vara mycket tjocka, så torde en särskild peritonealsutur vara på sin plats, likaså en annan, som förenade den genomskurna aponevrosen för bukmusklerna. Men dessa suturer, som måste läggas, sedan de djupa blifvit förda genom bukväggarna, men ännu icke tillknutna, hindra tillsynen af de djupa suturerna, och en

tarmslynga eller omentet skulle lätt kunna glida mellan en sådan och bukväggen och sålunda blifva klämd vid tilldragningen.

Förbandet har varit fullständigt likt det af prof. NETZEL sedan många år begagnade; innerst en gazkompress, ingniden med jodoform, däröfver ett par torra kompresser, vidare ett lager fettfri vadd och ytterst en flanellgördel. Denna fästes ihop med säkerhetsnålar och hålles i läge medelst omkring låren lagda, mångdubbla gazbindor, som vid ljumskarna fästas vid den samma.

Efterbehandlingen afviker icke i några väsentliga delar från den vid ovariotomin. Kräkningarna synas numera vara sällsynta, sedan jag började använda kokain vid narkosen, men skulle de uppträda, stillas de bäst genom små isbitar, som patienten får svälja. Äfven synes kolsyradt vatten hafva god verkan.

Dagen efter operationen inställa sig vanligen koliksmärtor och väderspänningar, som kunna vara mycket obehagliga. Om man då icke kan få flatus med ett i rektum infördt rör, så torde vara bäst att redan nu gifva ett eller flere vattenlavement, till dess flatus afgår. Jag har i de flesta af mina fall måst tillgripa denna åtgärd och har gjort det med bästa följd. Öppning åstadkommes på 4:de eller 5:te dagen medelst ricinolja.

Suturerna uttagas på 8:de eller 9:de dagen, men förbandet får därefter ligga kvar, till dess såren efter de inskurna suturerna äro läkta.

Om svårare peritonitiska symptom kort efter operationen skulle inställa sig, har man naturligtvis i första rummet att misstänka, att denna är af septisk natur. I sådana fall är väl i allmänhet utgången gifven, hvilken behandling man än vill använda. I anseende till den dåliga prognosen af en sådan komplikation torde det kanske vara mest rationelt att genast öppna bukhålan och dränera, men vanligen dröjer det så länge, innan man kommer på det klara med diagnosen, att ett sådant ingrepp kommer för sent.

Lokal peritonit af en mer oskyldig natur förekommer väl i de flesta fall, i hvilka adherenser förefunnits, men den går tillbaka utan vidare åtgärder. Skulle smärtorna vara svåra, stillas de med morfin och en isblåsa öfver nedre delen af buken.

Större eller mindre exsudatbildningar omkring stumparna inträffa icke sällan, sannolikt utgående från den uterina del af

tuban, som ligger utanför ligaturen. De mindre försvinna vanligen inom kort tid, men de större kunna kvarstå i åratal och göra operationsresultatet negatift. I sådana fall torde vara bäst att i likhet med TAIT och SAVAGE ånyo öppna bukhålan och dränera. Men denna åtgärd synes vara mycket ingripande, och man besinnar sig säkerligen länge, innan man tillgriper en sådan.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Nerve-elementerne, deres struktur og sammenhäng i centralnervesystemet.

Af

FRIDTIOF NANSEN.
Konservator ved Bergens museum.

Med 1 tavle.

I det fölgende vil jeg give en sammenträngt fremstilling af de vigtigste resultater, hvortil jeg er kommen i mine undersögelser over nerve-elementernes struktur og sammenhäng. For at få resultater af nogenlunde almengyldig natur har jeg udstrakt mine undersögelser til temmelig forskelligartede dyregrupper isär blandt de hvirvellöse dyr[1]). Af disse er fölgende grupper undersögte: mollusker (*Patella vulgata*), polykäter (*Nereis, Nephtys, Leanira*), oligochäter (*Lumbricus agricola*), krebsdyr (*Homarus vulgaris, Nephrops norvegicus*, flere *Amfipoder*), *ascidier* (flere *Phalusia*-arter, samt *Corella, Ciona* og *Cynthia*).

Blandt hvirveldyrene skal her blot omtales de laveststående, nemlig: amphioxus og slimålen (*Myxine glutinosa*); undersögelserne over de höjere hvirveldyrs nerve-elementer er endnu ikke tilendebragte.

Nerve-elementerne, hvoraf nervesystemet hos ethvert dyr opbygges, kan, som bekendt, adskilles i *nerve-fibre*, eller som jeg heller foreträkker at kalde dem *nerve-tuber*, og *ganglieceller*. Vi vil först behandle *strukturen* af disse elementer.

[1]) Disse undersögelser er beskrevne i en udförlig, netop udkommen afhandling: »The structure and combination of the histological elements of the central nervous-system» i Bergens museums årsberetning for 1886 (Bergen 1887).

Nerve-tubernes struktur:

Nerv-tuberne danner som bekendt den enhet, hvoraf de perifere nerver sammensättes, de bidrager også til dannelsen af en betydelig del af central-nervesystemets masse. Hos de hvirvellöse dyr kaldes de af mange forfattere nögne axe-cylindere af den grund, at de skulde väre homologe med axe-cylindren i de höjere hvirveldyrs marvholdige nerve-tuber og mangle disses marvskede. Vi kommer i denne afhandling blot at omtale nerve-tuber uden marv-skede. Sådanne nerve-tuber består af en *ydre fast skede* og et indere, blödere *indhold*. Med hensyn til strukturen af dette indhold har anskuelserne väret yderst forskellige. Mange histologer har beskrevet det som en homogen, mer eller mindre halvflydende masse, medens andre påstår, at denne masse ikke er homogen, men består af langslöbende fine tråde eller fibriller (primitiv-fibriller), som enten ligger tät sammen eller (hvad der er den almindeligste opfatning) er adskilte fra hinanden ved en halvflydende substans (interfibrillärsubstansen), hvori de altså på en måde skulde svömme frit. Den siste anskuelse har alltid lige siden REMAKS[1]) dage havt mange tilhängere og må vel siges for tiden at väre den almindelig utbredte. Den eneste, som i de senere tider er fremstået med en anskuelse, som ikke stemmer med någen af de ofvenfor nävnte, er LEYDIG[2]). Denne fremragende nerve-histolog kommer på sin gamle alder med en helt ny anskuelse af nervetubernes bygning. De indeholder, siger han, hverken nogen homogen masse, ej heller primitivfibriller, deres indhold består vistnok af to substanser, ligesom primitiv-fibrillernes tilhängere mener, men disse substanser har en anden betydning och struktur end almindelig antaget; den faste substans (LEYDIG kalder den *spongioplasma*) har en spongiös udbredelse sträkker sig som et netverk gennem nerve-tubernes indhold, og det er blot längdefibrerne i denne substans, som giver nerve-tuberne det fibrilläre udseende; den halvflydende substans (*hyaloplasma*) er, siger LEYDIG, ingen interfibrillärsubstans, men er den egentlige nervesubstans og er difust udbredt gennem nerve-tuberne i spongioplasmaets hulheder. Dette

[1]) REMAK var den förste, der beskrev nerve-tuberne som bestående af fibriller (1836—1838).

[2]) FRANZ LEYDIG. Zelle nnd Gewebe. Bonn 1885.

er, som det vil ses, en anskuelse, der står stärkt i strid med, hvad tidligere er hävdet, og den synes heller ikke at have vundet nogen tilslutning fra nerve-histologernes side, i det de yngre forfattere synes nästen at ville ignorere LEYDIGS arbejde[1]).

Forfatteren af närvärende afhandling har allerede i et par tidiligere arbejder udtalt sig om LEYDIGS anskuelser, til hvilke han til en hvis grad kan slutte sig, skönt han vistnok ikke har samme opfatning af spongioplasmaets struktur som LEYDIG; hvori den forskellige opfatning ligger, vil forhåbentlig tydelig fremgå i det fölgende.

Mine undersögelser har ledet mig til en opfatning af nervetubernes struktur, som står i absolut strid med samtlige tidligere forfatteres[2]), og jeg håber at kunne stötte denne min opfatning med temmelig talende beviser.

I stedet for at nerve-tubernes indhold består af primitivfibriller og halvflydende, interfibrillär substans, mener jeg, *det består af fine rör af en fast substans, som er fyldte med en homogen, halvflydende substans;* jeg har beholdt LEYDIGS navne for disse substanser, og kalder den faste substans *spongioplasma* og den halvflydende *hyaloplasma,* trots de altså efter min mening ikke har den bygning, som LEYDIG har tillagt dem. Hver nervetube blir således en bundt af fine rör med halvflydende indhold, og denne bundt er indesluttet af nervetubens skede. De fine rör kalder jeg *primitiv-rör* eller *primitiv-tuber,* og de danner sansynligvis den laveste enhed, hvoraf nervetuberne er opbyggede, en enhed svarende til, hvad man tidligere antog udgjordes af primitivfibrillerne.

At denne min opfatning af nerve-ubernes struktur er rigtig, tror jeg, man med nogenlunde lethed skal kunne overbevise sig om ved at anvende dertil egnede undersögelsesmetoder. Undersöges levende nervetuber i optisk längdesnit med stärke forstörrelser, da viser sig, i alfald i enkelte tilfälde (f. ex. i enkelte af hummerens store nervetuber); en tydelig längdestribning således som af tidligere forfattere beskrevet; ved at an-

---

[1]) Som exempel kan nävnes, at de to tyske forfattere, dr B. RAWITZ (Jenaische Zeitschr., bd 20, 1887) og dr E. ROHDE (Zool. Beiträge, R. SCHNEIDER. Breslau, bd II, H. 1. 1887), ikke omtaler LEYDIGS anskuelse med et ord. At disse unge forfattere ikke skulde kende sin fremragende landsmands siste större arbejde synes nästen utänkelig. ROHDE omtaler det desuden i en anden anleding med et par ord (a. st. s. 70).

[2]) En undtagelse danner muligens til en vis grad STILLING, som i sit arbejde: »Ueber den feineren Bau der Nervenprimitivfaser und der Nervenzelle» (Frankfurt a. M. 1856) beskriver nervetubernes indhold som bestående af rör.

vende dertil egnede reagenser (f. ex. osmiumsyre, eddiksyre, kromsyre) blir en distinkt fibrillär längdtstribning fremträdende i alle nervetuber. Ved at härde nervetuberne (f. ex. i krom-osmium-eddiksyre, i sublimatoplösning eller i lignende härdningsväsker) farve dem og tage tynde längdesnit af dem, får man i deres indhold se en udpräget fibrillär längdstribning, således som er fremstillet i bill. 1. Alt dette har også tidligere forskere gjort og seet, og man beskrev de linjer, der danner längdestribningen som primitivfibriller, og mellemrummene mellem dem antog man for at väre fyldte med den halvflydende, såkalde interfibrillärsubstans. Hvis disse linjer er fibriller, må man imidlertid vente i tvärsnit af nervetuberne at finde dem overskårne i form af fine punkter, omgivne af interfibrillärsubstans. Sådanne punkter i tvärsnit af nervetuberne er da også beskrevne af flere forfattere, skönt ingen synes at have seet dem så tydelig, som man skulde vente; dette har sin grund i, at sådanne punkter i virkeligheden ikke existerer. Undersöger man omhyggelig med stärke forstörrelser tvärsnit af vel härdede og farvede nervetuber[1]), da vil man i nervetubernes indhold i stedet for isolerede punkter finde et sammenhängende netverk med runde masker, således som fremstillet bill. 2. Disse maskers gennemsnitlige diameter er netop lig afstanden mellem hver af längdestribene i längdesnittene af nervetuberne. Heraf synes tydelig nok at måtte fremgå, at nervetuberne ikke består af fibriller og interfibrillär substans *men består af fine rör*, og *de runde masker*, som ses i tvärsnit af nervetuberne, *er disse rör overskårne* på tvärs, medens *längdestribene i längdesnit af nervetuberne er disse rörs vägge gennemskårne på langs* (se end videre bill. 3). Ved at undersöge friske isolerede nervetuber, kan det ses, at disse fine rör, *primitivrör*, indeholder en hyalin, halvflydende substans, som kan trykkes ud af den overrevne nervetubes ende i form af små perler. Hermed synes de ofvenfor fremsatte anskuelser, angående nervetubernes beståen af primitivrör, at måtte väre fuldgyldigt bevist. Tidligere forskeres beskrivelser af primitivfibriller og interfibrillär substans beror altså i virkeligheden kun på optisk bedrag, idet primitivrörenes vägge, seete i optisk eller virkeligt längdesnit, er beskrevne som primitivfibriller,

---

[1]) Specielt kan anbefaldes härdning (24 timer) i krom-osmium-eddiksyre og farvning med hämatoxylin (DELAFIELDS eller HEIDENHAINS).

medens primitivrörenes halvflydende indhold er bleven beskrevet som interfibrillärsubstans.

Den ovenfor givne beskrivelse af nervetubernes struktur vil passe for alle de af mig undersögte hvirvellöse dyrs nervesystem. Ligeså har nervetuberne hos de lavt stående hvirveldyr *Amphioxus* og *Myxine* en aldeles tilsvarende bygning: disse dyr synes, som bekendt, ikke at have marvholdige nervetuber.

Eftersom nervetuberne hos de forskellige dyr er större eller mindre, indeholder de alt fler eller färre primitivrör; nervetuberne synes at kunne väre så små, at de indeholder blot et par eller endog blot et primitivrör. Som exempel på store nervetuber, der indeholder en stor mängde pritivrör, kan nävnes de kolossale nervetuber hos hummeren og andre krebsdyr, de 3 kolossale nervetuber hos regnormen[1]), de kolossale nervetuber hos polykäterne og ligeså de store nervetuber hos Amphioxus og de Müllerske tuber hos Myxine samt de kolossale nervetuber i rygmarven hos andre fiske.

Det vil neppe väre hensigtsmässig her at gä närmere ind på de enkelte forskelligheder og detaljer i nervetubernes struktur hos de forskellige dyregrupper. Kun skal med nogle ord omtales den fibrilläre axe, som af forskellige forskere er beskreven i enkelte af hummerens store nervetuber, og som er bleven ligestillet med axe-cylinderen hos hvirveldyrene, ja som ligefrem er bleven kaldt axe-cylinder. I virkeligheden har denne axe ingensomhelst tilknytning til og lighed med hvirveldyrenes axe-cylinder, ligeså lidt som den omgivende masse har nogensomhelst lighed med hvirveldyrenes marvskede (myelinskede). De store nervetuber hos hummeren, hvori en tilsyneladende axe er tilstede, adskiller sig i intet andet fra de almindelige nervetuber end, at der i midten af deres indhold opträder en slags koncentration af primitivrörene, idet disses vägge blir tykkere, mer lysbrydende og farves stärkere af farveväsker end de udenfor liggende primitivrörs vägge. Hele nervetubernes indhold for övrigt består af primitivrör med almindeligt utseende (bill. 4). Der findes for övrigt i de forskellige nervetuber alle mulige grader af koncentration henimod en axe, og alle overgangsformer fra nervetuber uden antydning til axe og

---

[1]) Disse tuber har jeg underkastet speciel undersögelse og har fundet deres struktur at väre aldeles lignende til, hvad ovenfor er beskrevet om nerve-tuberne i sin almindelighed. Jeg tror således med sikkerhed at kunna påstå, at disse tuber kun er kolossale nervetuber.

til nervetuber med fuldt udviklet sådan kan påvises. Det synes således som om disse nervetuber med axe ikke har nogen bestemt betydning, idet der ikke kan drages nogen bestemt gränse mellem dem og de övrige nervetuber. Det kan for övrigt nävnes, at jeg også i nervetuberne hos andre dyr (f. ex. de kolossale nervetuber hos *myxine*) har fundet en tendens til en lignende koncentration henimod en axe. Hvad betydning denne koncentration har, må forelöbig stå derhen; jeg tänker mig, at den muligens kan skrive sig fra aflejring af et säregent fedtagtig stof i väggene af de centrale primitivrör, muligens er det det samme stof, som er tilstede i ganglieccellernes protoplasma, og som bevirker, at dette farves så stärkt, som det gör, af osmiumsyre og hämatoxylin; se herom senere.

Gangliecellernes struktur.

Den almindeligste form af gangliecellerne hos de hvirvellöse dyr er uden sammenligning den *unipolare* form. Hos mange, specielt i enkelte dyregrupper (f. ex. mollusker), opträder også multipolare celler ved siden af de unipolare; principielt er der dog, som senere vil blive påvist, ingen väsentlig forskel mellem multipolare og unipolare ganglieceller. Senere vil også cellernes udlöbere blive närmere omtalt. Hos hvirveldyrene, selv de laveste, er, som bekendt, den multipolare form af ganglieceller omtrent den enerådende i centralnervesystemet. Som regel kan det siges, at gangliecellerne er omgivne af en *membran* eller *skede* (bill. 5—7 *sk*). Denne skede dannes hos de hvirvellöse dyr af et eget bindevävslignende väv, der som en stöttesubstans udbreder sig gennem det hele nervesystem, og som jeg har kaldt *neuroglia* og sammenstiller med hvirveldyrenes neuroglia.

Gangliecellernes protoplasma har med hensyn til sin struktur väret et ligeså omstridt ämne som nervetuberne. Nogle forskere har ment i gangliecellernes protoplasma at have en homogen, halvflydende substans; andre har ment, at det var af fibrillär natur og bestod af koncentrisk löbende fibriller og interfibrillär substans; atter andre har ment, at det indeholdt en spongiös eller retikulär substans, udbredt i en hyalin, halvflydende grundmasse.

Efter min opfatning er ingen af disse anskuelser rigtig, også i gangliecellernes protoplasma tror jeg at finde primitivrör

som den opbyggende enhed. Betragter man en isoleret gangliecelle eller snit af en gangliecelle (f. ex. af en hummer, bill. 6), da ser man vistnok i dennes protoplasma masker af en substans, der tilsyneladende er udbredt som et netvärk gennem den hele celle (bill. 5), således som af enkelte forfattere beskrevet (f. ex. LEYDIG, FREUD, RAWITZ); men desforuden ses også en disposition til en koncentrisk anordning eller koncentrisk stribning i protoplasmat (bill. 5), således som af andre forfattare beskrevet (f. ex. H. SCHULTZE). Ved at underkaste disse forhold en nöjagtig undersögelse er jeg kommen til det resultat, at de omtalte masker, som ses i protoplasmaet (se bill. 5), i virkeligheden ikke er masker, men er väggene af primitivrör (lig dem som ovenfor er beskrevne i nervetuberne) som ses i optisk eller virkeligt tvärsnit. Disse primitivrör har delvis en koncentrisk anordning i protoplasmaet, og derved får dette sin koncentriske stribning (se bill. 5 og 6), som af mange forfattare er blevet antaget for at väre forårsaget af fibriller, adskilte ved en interfibrillär substans; det er altså atter her primitivrörenes vägge, som er blevne tagne for fibriller.

Med primitivrörene er, som jeg tror, den vigtigste bestanddel af gangliecellernes protoplasma beskrevet; gangliecellen kan til en vis grad opfattes som et nöste af primitivrör, der på en vistnok yderst kompliseret måde ere nöstede op om kärnen.

Foruden primitivrör må der dog väre et andet stof til stede i gangliecellerne, som ikke opträder i nervetuberne: dette stof ligger enten i eller mellem primitivrörenes vägge, og det er det som forårsager, at protoplasmaet *af osmiumsyre og farvningsväsker (isär hämatoxylin) blir dybere farvet end nervetuberne.* Som ovenfor antydet, er det muligens det samme stof, som opträder i det centrale parti af enkelte af hummerens nervetuber, og gir disse udseende af at have en axe. Det er muligens også dette stof, som hos en hel del dyr (f. ex. mollusker, mange kätopoder o. fl.) er forbundet med et farvet hämoglobinlignende stof, som muligens har en lignende fysiologisk betydning i gangliecellerne som hämoglobinet i blodlegemerne.

En merkelighed ved bygningen af gangliecellernes protoplasma er, at den ikke er ensartet i de forskellige dele af samme celle. Således mangler hyppig i större partier af protoplasmat det ovenfor omtalte stof, som opträder i primitivrörenes vägge.

Disse ofte skarpt begränsede partier består således, så vidt skönnes, udelukkende af primitivrör og har den samme sammensätning og udseende som nervetubernes indhold. Ved sin lyse farvning stikker de i präparater stärkt af mod de övrige af osmiumsyre og hämatoxylin dybt farvede dele af protoplasmaet (se bill. 6). Som exempel på celler, hvori en anordning, som her beskrevet, kan väre stärkt fremträdende, kan nävnes hummerens store ganglieceller (bill. 6); blandt disse findes dog alle overgangsformer til celler, hvori liden eller ingen antydning til en sådan anordning existerer.

For nylig er af en tysk forfatter, ROHDE[1]), i *kätopodernes* ganglieceller beskrevet en anordning aldeles lig den, som her er omtalt som jeg i ovenfor nävnte arbejde har nöjere beskrevet. D:r ROHDE tillägger imidlertid denne anordning en ganske anden betydning end jeg, i det han antager de lysere partier at väre fyldte med et säregen, i regelen homogen substans, *paramitom*, medens de mörkere partier udgöres af en kornet fibrillär masse, *mitom;* mange ganglieceller skulde efter ROHDES mening endog kunne bestå nästen helt og holdent af den homogene masse, *paramitom*, medens andre skulde kunne indeholde väsentlig *mitom*. Her er for övrigt näppe stedet til at gå ind på nogen kritik af d:r ROHDES arbejde, med hvilket jeg i meget få henseender kan stemme overens.

I fölge den ovenfor givne beskrivelse skulde det altså, når vi sammenfatter det, blive fölgende 3 substanser, som indgår i dannelsen af gangliecellernes protoplasma: *hyaloplasma*, som danner det halvflydende indhold af primitivrörene, *spongioplasma* som danner primitivrörenes vägge eller skeder, og endelig dette ubestemte stof, som opträder i väggene mellem primitivrörene, og som farves mörkt af forskellige reagenser.

Inden vi forlader gangliecellernes protoplasma, vil jeg endnu omtale en ejendommelighed i dets bygning, som muligens er af mer gennemgribende betydning; det er nemlig et spongioplasmatisk netvärk, som sträkker sig fra gangliecellernes skeder og indover mod deres centrum. Fiberne i dette netvärk har jeg i särdeleshed fundet stärkt fremträdende i hummerens store ganglieceller (bill. 7), nogle af disse fibre (bill. 7, *sf*) er meget tykke og er nöje forbundne med cellernes

---

[1]) D:r E. ROHDE: Histologische Untersuchungen über das Nervensystem der Polychæten. Zoolog. Beiträge. A. Schneider, Breslau 1887.

skeder, fra hvilke de synes at udspringe og tränge ind i cellernes indre, hvor de forgrener sig. Af hvilken substans disse fibre og dette netvärk er dannet, har jeg ikke väret i stand til med sikkerhed at afgöre; de synes at väre nöje forbundne med spongioplasmaet, som danner primitivrörenes vägge (farves også af reagenser på lignende vis); på den anden side har disse fibre en så stärk lighed med ganglieccellernes skeder, med hvilke de, som nävnt, er nöje forbundne, og farves af reagenser på en så lignende måde, at man nästen kunde fristes til at antage dem for at väre udlöbere fra celleskederne. Forelöbig er dog dette en vel dristig antagelse, da disse fibre i så tilfälde skulde tilhöre et ganglieccellen fremmed väv og fra dette väre trängt ind i dens protoplasma[1]); rimeligere kunde da synes, så länge mer direkte beviser for deres oprindelse ikke er leverede, at antage dem for dannelser af ganglieccellernes spongioplasma, som er bleven nöje forbunden med substansen i cellernes skeder.

Lignende fibre har jeg også fundet i adskillige andre dyrs gangliecceller (f. ex. hos kätopoder), men aldrig så stärkt udprägede som i hummerens store celler. Nävnes kan, at ROHDE for nylig (i det ovenfor nävnte arbejde) beskriver, som det synes, lignende fibre i enkelte *polykäters* gangliecceller uden dog at udtale sig med bestemhed om, hvad han antager disse fibre for at väre.

Ganglieccellernes udlöbere kan efter sit udseende og forlöb deles i to slags, nemlig *nervöse udlöbere* og *protoplasmatiske udlöbere.*

De *nervöse udlöbere*[2]) er sädvanligvis rettede mod centralnervesystemets eller gangliernes indre, og de har et lyst, glat. fibrillärt udseende ligesom nervetuberne, og deres indhold består ligesom disses af primitivrör. Deres skede er en direkte förtsättelse af den ganglieccelles skede, fra hvilken de udgår. En ganglieccelle har altid en og blot en nervös udlöber; er ganglieccellen unipolar, da er dens udlöber nervös; er ganglie-

[1]) Vistnok synes fra FRITSCHS Arbejde: »Über einige bemerkenswerte Elemente des Centralnervensystems von Lophius piscatorius, L.» (Arch. f. mikr. Anat., 1886) en lignende indträngen af fremmed väv i ganglieccellernes protoplasma at kunne finde sted, disse iagttagelser er imidlertid endnu for enestående til, at vi tör tillägge dem mer almengäldende betydning.

[2]) Nervös udlöber svarer til, hvad man tidligere kaldte axecylinder-udlöber.

cellen multipolar, da er den ene udlöber nervös. *Ingen ganglie-celle mangler nervös udlöber.*

De protoplasmatiske udlöbere har gerne et mer kornet udseende end de nervöse og ligner i sin sammensätning ganglie-cellernes protoplasma, indeholder följelig også primitivrör. De har som regel en mer perifer retning og ender enten under den nervesystemet eller ganglierne omgivende skede (bill. 8, *pu*; 9, *pu*), eller også i den mellem ganglieeellerne udbredte binde-substans, *neuroglia*. Derimod anastomoserer de protoplasma-tiske udlöbere aldrig med hinanden, ej heller med udlöbere fra andre ganglieceller, som af mange forfattere beskrevet. *Direkte forbindelse mellem ganglieceller gennem protoplasmatiske eller nervöse udlöbere existerer som regel ikke.*

Andre slags celleudlöbere, end de 2 her nävnte, findes ikke. Kärneudlöbere og kärnelegemsudlöbere er, efter min mening, kun fantasibilleder, udsprungne fra optiske bedrag.

Med hensyn til sit udspring i gangliecellernes protoplasma kan de nervöse udlöberes indhold forholde sig forskelligt, i det det i enkelte celler kan samle sig og dannes til en skarpt afgränset masse midt inde i protoplasmat (bill. 6), i andre kan det dannes ved en forening af bestemte bundter af primitivrör, som cirkulerer i protoplasmat, medens det i atter andre kan dannes ude i de perifere dele af protoplasmat ved det sted, hvor udlöberen forlader cellen (bill. 5).

Med hensyn til sit videre forlöb i det centrale nervesystem adskiller de nervöse udlöbere sig i 2 slags, nemlig:

1) Udlöbere, som bibeholder sin individualitet, og som gar over til direkte at danne nervetuber (eller axecylindere). Disse udlöbere har imidlertid intet isoleret forlöb, i det de på sin gang gennem centralnervesystemet afgiver fine sidegrene, hvis antagelige betydning senere kommer til at blive omtalt (se bill. 8, *nu*).

2) Udlöbere, som taber sin individualitet, og som fuldständig oplöser sig i fine grene, der taber sig i centralnervesystemets indviklede fibrilleväv, som senere vil blive omtalt (se bill. 9, *nu*).

Efter de nervöse udlöberes forlöb kan vi altså adskille gangliecellerne i 2 slags, nemlig: 1) ganglieceller med nervöse udlöbere, som uden at have isoleret forlöb, dog bibeholder sin individualitet og går direkte over til at danne nervetuber (bill.

8), og 2) ganglieceller med nervöse udlöbere, som fuldständig oplöser sig i fine grene (bill. 9). Hvorvidt denne inddeling lader sig forene med den almindelige fysiologiske adskillelse i motoriske og sensitive ganglieceller vil senere blive omtalt.

Som det vil ses er denne adskillelse af gangliecellerne efter deres udlöbere fuldständig den samme som den af GOLGI anvendte [1]).

Strukturen af den Leydigske punkt-substans.

Som bekendt udgöres centraldelene i ganglierne og bugsträngen af de hvirvellöse dyrs nervesystem af en hvidlig, tilsyneladende kornet fibrillär masse, som af LEYDIG på grund af sit udseende er bleven kaldt punktsubstansen; denne masse vil til en vis grad kunne svare til den hvide substans hos hvirveldyrene. Begreberne om denne masses struktur har til alle tider väret yderst vaklende. De fleste udtrykker sig kun yderst ubestemt derom og kalder den en kornet fibrillär masse, fibrillerne skulde da väre af nervös natur; andre [som f. ex. i senere tid HALLER [2]) og RAWITZ [3])] udtrycker sig mer distinkt og mener, at punktsubstansen indeholder et diffust udbredt netvärk af nervefibriller, i hvis masker et slags interfibrillärt, hyalint stof opträder. Også i denne henseende indtager LEYDIG en särstilling med sit arbejde »Zelle und Gewebe», i det han der hävder, at vistnok indeholder punktsubstansen et netvärk, men dette netvärk dannes ikke af nervefibriller, men dannes af stöttesubstans, *spongioplasma;* den egentlige nervesubstans er det halvflydende hyaline stof, *hyaloplasma,* som findes diffust udbredt gennem den hele punktmasse i rummene mellem stöttesubstansens masker. Som det vil ses, er denne anskuelse netop det omvendte af den lige ovenfor omtalte.

I mine tidligere arbejder har jeg allerede fremlagt min opfatning af punktsubstansens bygning, og det er den samme opfatning, som også her vil blive hävdet. Jeg mener, at ingen af de ovenfor omtalte anskuelser er rigtig; den som er kommen sandheden närmest er LEYDIG, i det det af tidligere for-

---

[1]) CAMILLO GOLGI: Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso. Milano 1886.

[2]) HALLER: Morphol. Jahresbuch, bd XI, 1885; bd XII, 1887.

[3]) RAWITZ: Jenaische Zeitschr., bd XX, 1887.

skere seede netvärk er bleven dannet af stöttesubstans og ikke af nervefibriller, medens den egentlige nervesubstans er den hyaline, halvflydende substans. Denne substans, *hyaloplasma*, har imidlertid ikke den udbredelse, han mener, idet nemlig stöttesubstansen, *spongioplasmaet*, ikke danner noget netvärk, men danner rör, *primitivrör*, hvori hyaloplasmaet er indesluttet på samme måde som i nervetubernes primitivrör. Den hele punktmasse kommer altså til at bestå af et kompliseret väv af rör eller tuber, som ikke anastomoserer med hinanden og danner masker. Når punktmassen og derved disse fine tuber gennemskäres (i snit — se bill. 10), eller når tuberne ses i optisk tvärsnit, da er det de masker fremkommer, som af tidligere forfattere er beskrevne, og som er bleven antagne for at tilhöre et netvärk. Det kornede udseende, som af de fleste forfattere er bleven fremhävet som karakteristisk for punktmassen, forårsages delvis af fortykninger i de fine tubers vägge, som overskårne kan give udseende af mörkere punkter, delvis af tubernes koagulerede indhold.

Hermed er efter min mening hovedträkkene i punktsubstansens bygning givet. Af hvad natur eller hvad oprindelse punktsubstansens spongioplasma er, har jeg ikke kunnet afgöre med sikkerhed, og hvorvidt den helt eller kun delvis er et produkt af den i nervesystemet tilstedevärende bindesubstans, som jeg har betegnet med fällesnavnet *neuroglia*, må, tror jeg, endnu anses som tvivlsomt. Så meget kan imidlertid siges med sikkerhed, at denne substans er til stede i punktsubstansen, og at neuroglia-fibre og neuroglia-kärner hyppig opträder i denne; kärnerne er da gerne indlejrede i tubernes vägge (bill. 10, *k*).

Med hensyn til bygningen af den hvide substans i hvirveldyrenes nervesystem kan det siges, at den i flere henseender svarer til punktsubstansens, dette er isär fremträdende hos de lavest stående hvirveldyr (f. ex. Amphioxus).

Med hensyn til oprindelsen af de forskellige tuber, hvoraf punktsubstansen er opbygget, da ved vi, at gangliecellernes nervöse udlöbere bringer et väsentlig bidrag i denne retning. Disse er alle rettede mod punktsubstansen og bidrager med alle sine grene til dannelsen af denne. Dernäst danner de nervetuber, som löber langs gennem nervesystemet, med de sidegrene, som afgives fra dem, en ikke uväsentlig del af punktsubstansen. Endelig udgör de grene, som står i forbindelse

med de perifere nervetuber, og som senere vil blive omtalte, en ikke ringe faktor.

Punktsubstansens fysiologiske betydning vil senere blive omtalt.

De perifere nervetubers udspring.

Efter sit udspring i det centrale nervsystem kan de perifere nervetuber såvel hos hvirvellöse dyr som hos hvirveldyr deles i to slag, nemlig

1) nervetuber som danner direkte fortsättelser af ganglieccellers nervöse udlöbere eller med andre ord, som udspringer direkte fra ganglieceller.

Det blir altså fra ganglieceller af den förste type, som er omtalt s. 10, heraf vil fremgå, at disse nervetuber ikke har nogen isoleret gang gennem centralnervesystemet, idet fine sidegrene blir afgivne på vejen;

2) nervetuber, som udspringer fra punktsubstansen (eller det fibrilläre väv hos hvirveldyrene), og som dannes ved en forening af finere tuber.

Ved at undersöge nervetubernes udspring i *Myxines* rygmarv er jeg kommen til det resultat, at disse i de fordre eller ventrale nverödder sansynligvis altid udspringer direkte fra ganglieceller, medens de i de bagre eller dorsale nerverödder opstår vod en forening af finere tuber.

Det samme har også Golgi fundet hos höjere hvirveldyr, og det synes således berettiget, som Golgi har gjort, at antage, at nervetuber med det förste slags udspring er *motoriske*, medens nervetuber med det andet slags udspring er *sensitive*. Er dette imidlertid korrekt for hvirveldyrenes vedkommende, så synes der at väre liden grund for at antage, at ikke den samme adskillelse mellem nervetuberne efter deres udspring skulde kunne göres gäldende også for de hvirvellöse dyrs vedkommende, når vi der har netop de to samme udspringsmåder. Det kan således antagelig opstilles som en regel for det hele dyrerige, at de *motoriske nervetuber udspringer direkte fra ganglieceller* (uden dog at have isoleret gang gennem centralnervesystemet, idet der fine sidegrene afgives) *medens de sensitive nervetuber opstår ved en forening af finere tuber eller fibriller i centralnervesystemet.*

Om gangliecellernes forbindelse med hinanden og om de protoplasmatiske udlöberes funktion.

Det er allerede ovenfor omtalt, at *direkte forbindelse mellem gangliecellerne ved anastomoser ikke finder sted*, og at deres udlöber som regel ikke anastomoserer. Når en enkelt gang kortere broer mellem ganglieceller har väret iagttagne, da har disse sansynligvis väret levninger efter ufuldente celledelinger.

At gangliecellerne ikke står i forbindelse med hinanden ved de protoplasmatiske udlöber, har jeg väret istand til at påvise til evidens, idet jeg, ved dertil särligt egnede farvemetoder[1]), har väret istand til at forfölge de protoplasmatiske udlöbere lige til deres yderste ender. Som regel ender de i bindesubstansen, neuroglia, og hyppig under den nervesystemet omgivende skede (perineurium hos de hvirvellöse dyr). Hvor blodkar er tilstede kan de også ses at väre rettede henimod disse og at ende i det dem omgivende bindeväv. Derimod ses de aldrig at sätte sig i forbindelse med udlöbere fra andre celler, de krydser hyppig sådanne og kan ved en overfladisk betragtning give udseende at träde i forbindelse med dem, men ved en nöjagtigere undersögelse viser det sig altid at väre optiske bedrag. Dette gälder både for de af mig undersögte hvirvellöse dyr såvel som hvirveldyr (se bill. 8 og 9), og det stemmer fuldständigt med GOLGIS undersögelser over menneskets og andre pattedyrs ganglieceller. Det synes således at kunne fastslås en gang for alle, *at gangliecellerne ikke står i nogensomhelst direkte forbindelse med hinanden*.

Foruden de ovenfor omtalte direkte bevis er der et velkendt forhold, som allerede efter min mening burde väre nok til at göre den almindelige antagelse af en regelmässig direkte forbindelse mellem gangliecellerne lidet sansynlig, og det er tilstedevärelsen af unipolare ganglieceller i centralnervesystemet hos mange dyregrupper. Hvis gangliecellerne som regel träder i forbindelse med hinanden ved direkt anastomoser, hvordan skal man så antage, at forbindelsen mellem unipolare celler finder sted, eller hordan kan man så overhovedet forklare sig existensen af unipolare ganglieceller? At drage unipolare gangliecellers tilvärelse i tvivl eller endog ligefrem benägte, at de

[1]) Särlig kan for hvirveldyr-gangliecellernes vedkommende nävnes GOLGIS kromsölvfarvning.

findes, som af enkelte forfattere er gjordt[1]) er ikke tilstedelig; ti når vi med vore nuvärende tekniske hjälpemidler finder ikke blot enkelte men mängder af ganglieceller, hvori ikke kan opdages spor til mer end en udlöber i hver celle, da må der enten ikke findes fler end en udlöbere i hver celle eller og må de övrige udlöber, som findes, väre så forsvindende små, at de ikke vil väre i stand til at istandbringe nogen efektiv udvexling mellem gangliecellerne. Vi blir således nödt til at regne med unipolare ganglieceller, ja vi blir nödt til at regne med nervesystemer, som väsentlig kun indeholder sådanne celler; og det nytter ikke, fordi om vi har nogle teorier om gangliecellernes funktion, som umuliggör unipolare cellers existens, uden videre at gå hen og benägte deres tilvärelse. Når i fölge vor mening om gangliecellernes natur unipolare ganglieceller er värdilöse for nervesystemet[2]), og når sådanne ganglieceller trods det existerer, så må fejlen enten ligge hos gangliecellerne eller også i vore meninger om deres natur, og i det tilfälde tror jeg, vi foreträkker at antage det siste. Vi vil gå närmere ind herpå i et senere afsnit, först skal undersöges, hvad betydning man med rimelighed må tillägge gangliecellernes protoplasmatiske udlöbere, når disse ikke tjäner til cellernes forbindelse med hinanden.

Allerede Golgi tror fra sine undersögelser over nervesystemet hos pattedyrene at komme til det resultat, at de protoplasmatiske udlöbere tjäner til gangliecellernes ernäring, idet de altid er rettede, enten mod blodkarrenes vägge eller mod centralnervesystemets periferi (som ovenfor omtalt). Fra egne iagttagelser hos hvirvellöse dyr kom jeg til lignende resultater med hensyn til de protoplasmatiske udlöberes betydning. Jeg fandt nemlig, at de som regel havde en perifer retning. Endvidere fandt jeg, at der, hvor gangliecellerne lå i flere lag (f. ex. i ascidiernes hjärne) var de yderst liggende ganglieceller väsentlig unipolare, medens de indre lag indeholdt mer multipolare celler, hvis protoplasmatiske udlöbere var rettede udad mod periferien. Et lignende forhold har jeg senere fundet at väre end mer udpreget hos Patella. Dette lod sig bringe smukt i overensstemmelse med den ovenfor fremsatte formodning om de protoplasmatiske udlöberes betydning, idet de yderste ganglieceller, som ligger den nervesystemet omfly-

[1]) F. ex. Fritsch. A. st. Arch. f. mikr. Anat., bd XXVII s. 24 o. s. 29. 1886.
[2]) Sammenlign Fritschs udtalelser A. st.

dende näringsvädske närmest, ikke tränger sådanne hjälpeorganer for at optage tilsträkkelig näring, medens de näringskilden fjärnere liggende celler tränger dem.

Efter at väre kommen til disse resultater blev det mig af vigtighed at undersöge forholdet i rygmarven hos *Myxine* og *Amphioxus*, idet her altså gangliellerne ligger centralt, medens ingen blodkar er tilstede. Tjäner nu de protoplasmatiske udlöbere til absorbering af näring, så må det synes sansynlig, at gangliecellernes protoplasmatiske udlöber her tränger gennem den hvide masse helt ud til periferien af rygmarven. Ved heldige farvemetoder[1]) blev det mig muligt at påvise, at så også er tilfäldet, idet omtrent samtlige protoplasmatiske udlöbere hos *Myxine* såvel som hos *Amphioxus* tränger gennem den hvide masse ud til periferien, hvor de ender, gerne i små fortykninger eller plader, under den indre, rygmarven omgivende skede (bill. 8 og 9 *pu*)[2]). Hermed synes antagelsen af de protoplasmatiske udlöberes nutritive betydning at have vundet en stärk stötte. I virkeligheden finder jeg, at vi nu ikke har nogen anden funktion at tillägge disse udlöbere, og at vi således blir ligefrem nödt til at antage denne opfatning som den eneste gyldige ialfald for tiden.

Reflex-buens sammensätning.

Hvis, som ovenfor hävdet, en direkte forbindelse mellem gangliecellerne ikke finder sted, så styrter dermed vore teorier om reflexbevegelsers istandbringelse og reflexbuens sammensätning, og, som jeg mener, må dermed också vore teorier for gangliecellernes virksomhed og for nervesystemets virksomhed i sin helhed omstyrtes, og vi blir nödt til at bygge op vore fysiologiske teorier for nerve-elementernes sammenhäng og betydning fra nyt af. Dette blir närmest fysiologernes opgave; men vi kan dog ikke modstå fristelsen til også her at anstille nogle betragtninger i den retning. Vi vil först undersöge, hvordan en reflexbue kan tänkes sammensat efter de ovenfor givne data.

[1]) For Myxines vedkommende skal specielt anbefaldes krom-sölvfarving, se herom forövrigt min ovenfor omtalte afhandling.

[2]) Med enkelte protoplasmatiske udlöbere syntes vistnok forholdet ikke at väre ganske som her beskrevet, idet de efter at have nået periferien syntes atter at böje tilbage ind i den hvide substans. Af sådanne udlöbere var der imidlertid ikke mange, og vi skal for enkelheds skyld ikke gå närmere ind på dem her.

Den gamle anskuelse, at irritationen af en sensitiv nervetube gennem denne föres direkte til en sensitiv gangliecelle, fra denne direkte over i en motorisk gangliecelle og så herfra lige ud i en motorisk nervetube, er vistnok meget letfattelig og grej, men det nytter lidet, når de anatomiske forhold gör den ligefrem umulig; ti for det förste hänger, som vi har seet, de sensitive nervetuber ikke direkte sammen med nogen gangliecelle i centralnervesystemet (jf. mine iagttagelser i Myxines rygmarv), og for det andet er der ingen direkte forbindelse mellem gangliecellerne; på to steder er altså denne hypotetiske reflexbue i virkeligheden afbrudt. Hvoraf består så reflexbuen? Efter min mening kan gangliecellerne vanskelig antages at väre indskudt i denne, og den består kun af tre dele, nemlig: den sensitive eller *centripetale nervetube*, *den overförende del* og den motoriske eller *centrifugale nervetube*, hvad den ofverförende del er, skal vi strax komme til at betragte. Som vi ovenfor har seet, oplöses de sensitive nervetuber i en mängde finere grene strax efter deres indträdelse i centralnervesystemet, for at nu den gamle idé, om at gangliecellerne er indskudt i reflexbuen, skal kunne opretholdes. må man antage, at alle disse grene, eller i alfald en väsentlig del af dem, atter forenes for at danne de nervöse udlöbere af den anden typus af ganglieceller, som ovenfor er beskreven; for at irritationen herfra skal kunne komme over til en motorisk gangliecelle, må den passere tilbage gennem samme nervöse udlöber, gennem hvilken den kom; gennem nogle af dennes fine grene kan den muligvis komme over i nogle af de fine sidegrene, som afgives fra en motorisk gangliecelles nervöse udlöber og så gennem denne komme op i den motoriske celle; herfra må den så endelig gå tilbage gennem samme udlöber og ud i en motorisk eller centrifugal nervetube. Jeg tror, at en så kunstig og indviklet hypotese vanskelig skal finde mange tilhängere.

For mig står det som naturlig at antage, at, når irritationen gennem den centripetale nervetube og dens forgreninger er fört ind i og spredet i centralnervesystemets net eller väv af fine fibriller (eller tuber), den da föres direkte over i de sidegrene, der, som ovenför er anfört, afgives fra de motoriske eller centrifugale nervetuber, og så direkte föres til det motoriske endeapparat gennem disse[1]). En sådan forbindelse mellem

[1]) Sammenlign skemaet bill. 11. De store pile angiver nerveirritationens gang og reflexbuens sammensätning.

de centripetale nervetubers grene og de centrifugale nervetubers sidegrene har jeg vistnok ikke väret i stand til at påvise, men når det betänkes, hvor yderst komplicerede disse forhold er, så vil det nok forstås, hvor mange vanskeligheder en sådan direkte påvisning heraf vil have at kämpe med; a priori finder jeg, er en antagelse af en sådan forbindelse ikke mindre rimmelig end den tidligere antagelse af en direkte forbindelse mellem gangliecellerne.

Efter dette kommer altså, som ovenfor nävnt, en reflexbue antagelig kun til at bestå af 3 dele: *en centripetal nervetube, en overförende del, en centripetal nervetube;* og den overförende del er det fibrilläre net eller väv, jeg vil kalde det *det centrale fibrilleväv;* hos de hvirvellöse dyr er dette punktsubstansen. Gangliecellerne har altså efter al sansynlighed ingen direkte betydning ved reflexbevegelsers istandbringelse, det blir punktsubstansen eller det centrale fibrilleväv, som her spiller den vigtigste rolle. Endvidere tror jeg, at gennem dette väv kan den reflexbevägelser frembringende irritation meddeles de höjre nervecentrer, idet nogle af de mange grene, hvori den centripetale nervetube oplöser sig, kan stå i forbindelse med de sidegrene, som afgives fra de nervetuber, som löber langs gennem centralnervesystemet, og som antagelig går til den höjere nervecentre (jf. bill. 11, t_1).

Se herved har vi en hel gren af nervevirksomheden, nemlig reflexbevägelser og de dermed närmest forbundne foreteelser, som sansynligvis foregår uden gangliecellernes direkte indgriben. Da nu reflexbevägelserne vel må antages at danne grundlaget eller udgangspunktet for en väsentlig del af nervevirksomheden om ikke for al nervevirksomhed, så synes det rimelig at slutte, at gangliecellerne er af betydelig mindre direkte betydning for nervevirksomheden, end man hidtil har villet antage, og det må antages, at det centrale fibrilleväv (= punktsubstansen hos invertebraterne) udgör en väsentlig bärer for själelivet. Dette synes også i andre henseende, som vi senere skal se, at stemme godt med de anatomiske data.

Gangliecellernes funktion.

Såfremt den ovenfor fremsatte anskuelse, angående reflexbuens sammensätning, vinder tilslutning, så blir der et spörgs-

mål af störste interesse, som selvfölgelig strax kommer til at träde frem i forgrunden, og det er, hvilken betydning har ganglie-cellerne i fysiologisk henseende for nervesystemet?

Adskillige fysiologer vil, kan jeg tänke mig, hävde, at selv om det ma indrömmes, at gangliecellerne ikke danner noget gennemgangsled i reflexbuen, og selv om de ikke kan väre af direkte betydning for reflexbevägelsen, så kan de dog have en eller anden modificerende indflydelse på den, og at de i alle tilfälde ma tänkes at väre det egentlige säde og udgangspunkt for vilkårlige impulser. Til det förste punkt vil jeg svare, at vistnok er der, fra anatomisk side set, forelöbig intet til hinder for, at gangliecellerne kan have en eller anden modificerende indflydelse pa reflexbevägelsen, men at det centrale fibrilleväv eller punktsubstansen dog må anses for at väre den del, som i så henseende er af störste direkte betydning, idet det danner det overförende led så vel fra den centripetale nervetube til den centrifugale, som fra den centripetale nervetube til de höjere nervecentra.

Med hensyn til det andet punkt vil jeg sige, at vistnok kan det ikke direkte modbevises, at gangliecellerne danner det egentlige udgangspunkt for vilkårlige impulser, men jeg vil kun pege på nogle ganglieceller, som ialtfald, såfremt det ovenfor fremsatte indrömmes, näppe kan have nogen direkte indflydelse på de vilkårlige bevägelser, og det er rygmarvens ganglieceller. Hvis vi nemlig antager, at det centrale fibrilleväv danner det overförende led fra de centripetale nervetuber til de nervetuber, som går til de höjere nervecentra, så må vi også på den anden side antage, at det danner det overförende led fra de nervetuber, som kommer fra de höjere nervecentra til de centrifugale nervetuber, at der altså heller ikke i forbindelsen mellem de höjere nervecentra og de motoriske endeapparater er direkt indskudt nogen ganglieelle: med andre ord skulde altså en vilkårlig impuls passere gennem rygmarven ud i de centrifugale tuber uden at komme i direkte berörelse med dennes ganglieceller eller uden deres direkte medvirken[1]). Rygmarvens ganglieceller skulde altså väre af lige så liden direkte betydning for de vilkårlige bevägelser, som for reflexbevägelserne; den vigtigste del i rygmarven skulde også i denne henseende blive det centrale fibrilleväv. Et spörgsmål blir nu,

---

[1]) Sammenlign bill. 11, t_2, hvor de små pile 2 angiver retningen af en sådan impuls ud i den centrifugale nervetube *CfN*.

om vi har ret til at tillägge de höjere nervecentras gangliceller en i så väsentlige henseender anden betydning end de lavere centras; det forekommer mig, at sålänge vi ikke har väret i stand til i anatomisk henseende at påvise nogen väsentlig forskel mellem de forskellige nervecentras ganglieceller, så har vi näppe ret til at tillägge dem nogen väsentlig forskellig betydning i fysiologisk henseende.

Men hvilken fysiologisk rolle har så gangliecellerne? Jeg tror näppe det kan väre vanskelig, at påvise en stor og meget vigtig opgave, som gangliecellerne kan have, det er nemlig at väre *de nutritive centra for de nervetuber og fibriller som udgår fra dem.* Som ovenfor påpeget tjäner, efter min mening, de protoplasmatiske udlöbere kun til gangliecellernes ernäring; men nu tror jeg, at disses opgave igen er, ikke blot at lede nervetubernes ernäring, altså väre deres trofiske centra, men ligefrem at ernäre dem. Som i begyndelsen af denne opsats fremhävet er, efter min mening, den egentlige nervesubstans ikke, som tidligere antaget, en konsistent substans bestående af fine fibriller, men en halvflydende substans, indesluttet i fine rör af mer konsistent masse. Jeg anser det nu for at väre höjst sansynlig, at der i primitivrörenes halvflydende indhold altså i den egentlige nervesubstans foregår en meget livlig cirkulation, og at der stadig går strömninger fra og til gangliecellerne, som danner deres nutritive centra. Gennem gangliecellerne og deres protoplasmatiske udlöbere optages näringen, i deres protoplasma assimileres den, og gennem disse hypotetiske strömme föres den ud i nervetuberne.

Efter dette skulde det altså väre ligefrem umulig, at en nervetube ikke på en eller anden måde står i direkte forbindelse med en ganglieceelle; er dette ikke tilfäldet i centralnervesystemet, må det antages, at den perifere nervetube har sit nutritive centrum (d. e. sin ganglieceelle) udenfor centralnervesystemet. Dette finder også sin bestyrkelse i vel kendte anatomiske data, idet rygmarvens centripetale nervetuber, som ligger i de bagre nerverödder, og som, som ovenfor påvist, ikke står i nogen direkte forbindelse med ganglieceller i centralnervesystemet, har sine ganglieceller i de spinale ganglier[1]).

[1]) Et talende bevis for at de bagre nerverödders nutritive centra ligger i spinalganglierne er også det bekendte fysiologiske experiment med at overskäre de bagre nerverödder mellem spinalganglierne og rygmarven, hvorved nervetuberne ikke atrofieres perifert, medens de ved at overskäres udenfor spinalganglierne atrofieres i hele sin perifere längde.

De spinale ganglieceller blir efter dette i fysiologisk henseende fuldständig at stille ved siden af de centrale ganglieceller; i form adskiller de sig vistnok adskillig fra disse, men dette er let forklarlig, når de protoplasmiske udlöbere kun tjäner til cellernes ernäring, idet de centrale ganglieceller, som ligger fjärnede fra näringskilden, tränger disse hjälpeorganer, medens de spinale ganglieceller ikke tränger dem, i alt fald ikke i nogen väsentlig grad. I anledning de spinale ganglieceller kan det end videre bemärkes, at det jo ved de siste embryologiske arbejder over dette ämne synes godtgjordt, at de embryologisk har fuldständig samme oprindelse som de centrale ganglieceller, idet spinalganglierne oprindelig udgör en del af centralnervesystemet, og at de först på et senere embryonalt stadium afsondrer sig fra dette.

Sammenstilles hvad ovenfor er sagt, så synes det mig at måtte fremgå med stor grad af sansynlighed, at gangliecellernes vigtigste betydning for nervesystemet består i at väre nutritive centra for nervetuberne. Sammenfattes hvad vi ved om gangliecellerne hos hvirveldyrene, så blir altså de ganglieceller, hvorfra nervetuber (d. e. de motoriske nervetuber) direkte udspringer, nutritive centra for disse samt for de sidegrene, som afgives fra dem til centralnervesystemets fibrillärc väv; de ganglieceller, hvis nervöse udlöbere oplöser sig i fine grene, blir nutritive centra for disse grene, som for övrigt udgör en vigtig del af det netop nävnte fibrilläre väv. Endelig blir de spinale ganglieceller (og lignende udenfor centralnervesystemet liggende ganglieceller) nutritive centra for de centripetale nervetuber.

Hvorvidt man bör tillägge gangliecellerne nogen väsentlig betydning udenfor deres nutritive funktion, det, finder jeg, er for tiden umulig at afgöre. Om man f. ex. vil hävde, at de kan optage og *opbevare* indtryk, med andre ord, at de danner sädet for *hukommelsen*, da har jeg for öjeblikket intet derimod at indvende, uden at jeg lige godt kan tänke mig det centrale fibrilleväv eller i alt fald visse dele af det som opbevarer af indtryk.

Hvorom alting er, så tror jeg, at dette centrale fibrilleväv må tillägges stor betydning for nervefysiologien, og at det er bärer af en väsentlig del af nervevirksomheden. Det er vel ikke så usandsynlig, at det er gennem dette fibrilleväv (specielt da det i de höjere nervecentra, i hjärnen, forekommende),

at nervesystemets fölelse af enhed, at fölelsen af et individ frembringes; med andre ord, at det er dette fibrilleväv som er den egentlige bärer af *selvberistheden*. Afgörelsen af disse problemer må imidlertid närmest overdrages nervefysiologerne.

Til slutning skal jeg endnu kun påpege nogle velkendte ting, som muligens også kan tale i favör af, at det er det centrale fibrilleväv eller, som vi hos de hvirvellöse dyr kalder det, punktsubstansen, som er af väsentlig direkte betydning for nervevirksomheden. Skulde gangliecellerne väre de egentlige bärere af nervevirksomheden, så måtte man jo a priori antage, at jo mer et dyrs intelligens var udviklet, desto mer udviklede var også dets ganglieceller i sin bygning. Dette er imidlertid langt fra at väre tilfäldet; vi har således hvirvellöse dyr (f. ex. myrer og bier), som besidder en höj grad af intelligens, men hvis ganglieceller har en yderst enkel form og bygning, som ikke i meget adskiller sig fra, hvad vi finder hos meget lavt stående dyrs ganglieceller, medens vi på den anden side har f. ex. lavt stående hvirveldyr, som i intellektuel henseende står yderst lavt, men hvor gangliecellerne dog har yderst komplicerede former.

Ser vi derimod hen til det centrale fibrilleväv eller punktsubstansen, da vil vi som regel kunne sige, at *jo mer et dyrs intelligens er udviklet desto mer indviklet er også dette väv i sin bygning;* men er så tilfäldet, og det betänkes, hvilken stor udbredelse dette väv har i centralnervesystemet, da ligger det vel allerede af den grund när at slutte, at *det er dette centrale fibrilleväv, som er intelligensens väsentlige säde og ikke gangliecellerne.*

Forklaring til billederne.

Bill. 1. Ideelt längdesnit af en nervetube hos et hvirvellöst dyr. *sk* Skeden. *k* Skedekärne (neuroglia-kärne), liggende udenpå skeden. *k'* Lignende kärne, liggende indenfor samme. *i* Det af primitivrör bestående indhold.

» 2. Ideelt tvärsnit af den samme nervetube. Bugstaverne har samme betydning som i bill. 1.

» 3. Skematisk fremstilling af en sådan nervetube for at fremstille, hvordan dens indhold tänkes sammensat af primitivrör. Bugstaverne har samme betydning som i bill. 1.

» 4. Tvärsnit af en af de nervetuber hos hummeren, som tilsynceladende har axe. *a* Axen. Bugstaverne har for övrigt samme betydning som i bill. 1.

» 5. Ideelt snit af en gangliecelle hos et hvirvellöst dyr. *pr* Protoplasma, hvori ses et net fremkommet ved overskäring af primitivrör. *sk* Gangliecellens skede. *k* Neurogliakärne. *nf* Neurogliafiber.

Bill. 5 *a* er et tvärsnit af gangliecellens udlöber og viser, hvorledes denne er sammensat af primitivrör.

» 6. Snit af en gangliecelle fra et bugganglion af hummeren. (Behandlet med krom-osmium-eddiksyre og farvet efter Heidenhains hämatoxylinmetode.) *md* Mörke dele af protoplasmaet, sandsynligvis indeholdende et säregent stof, som farves mörkt af osmiumsyre og hämatoxylin. *ld* Skarpt afgränsede lyse dele, som ikke indeholder dette stof. *sk* Gangliecellens skede. *sf* Spongioplasmatiske fibre, trängende fra denne skede ind i gangliecellens protoplasma. *ui* Udlöberens indhold, som et stykke ind i cellen er skarpt afgränset fra det övrige protoplasma. *v* Vakuoler udenfor gangliecellens skede, som indeholder protoplasmadele.

» 7. En del af et snit gennem en gangliecelles protoplasma (*pr*) og dens skede (*sk*), fremstillende det net af spongioplasmatiske fibre, som sträkker sig fra denne skede (*sk*) og ind i protoplasmaet. *sf* Spongioplasmatiske fibre. *sf'* Lignende tykke fibre, overskårne. *nf* Neurogliafibre. *k* Neurogliakärner.

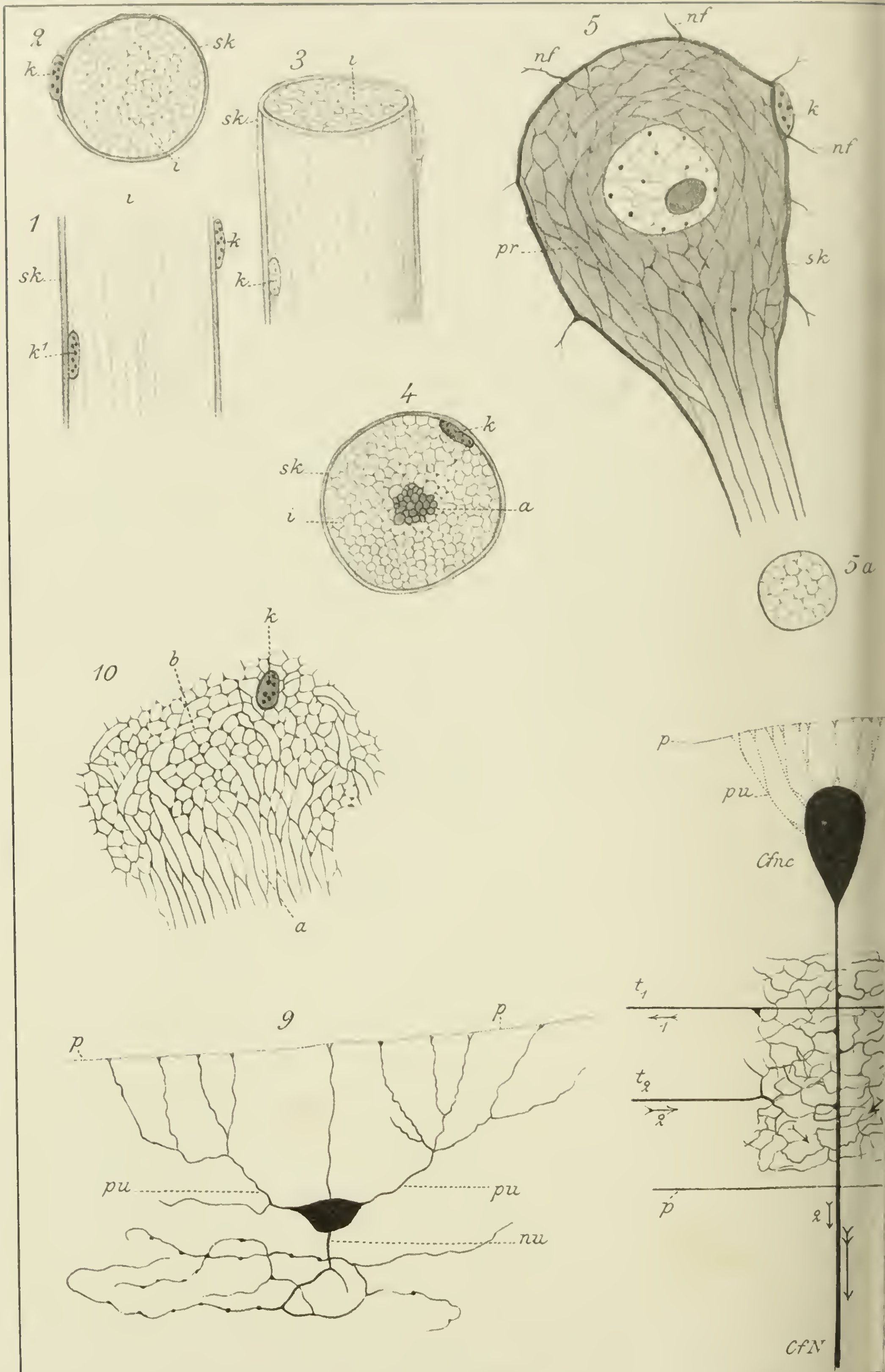
» 8. Gangliecelle fra et tvärsnit af *Myxines* rygmarv (farvet efter krom-sölv-metoden). *nu* Nervös udlöber, som bibeholder sin individualitet og går over til direkte at danne en nervetube. *sg* Sidegrene, afgivne fra denne udlöber. *pu* Protoplasmatiske udlöbere. *p* Rygmarvens periferi.

Bill. 9. Ganglieceller fra et tvärsnit af *Myxines* rygmarv (farvet efter krom-sölv-metoden). Den nervöse udlöber (*nu*) mister sin individualitet og oplöser sig fuldständig i grene. Bugstaverne har samme betydning som i bill. 8.

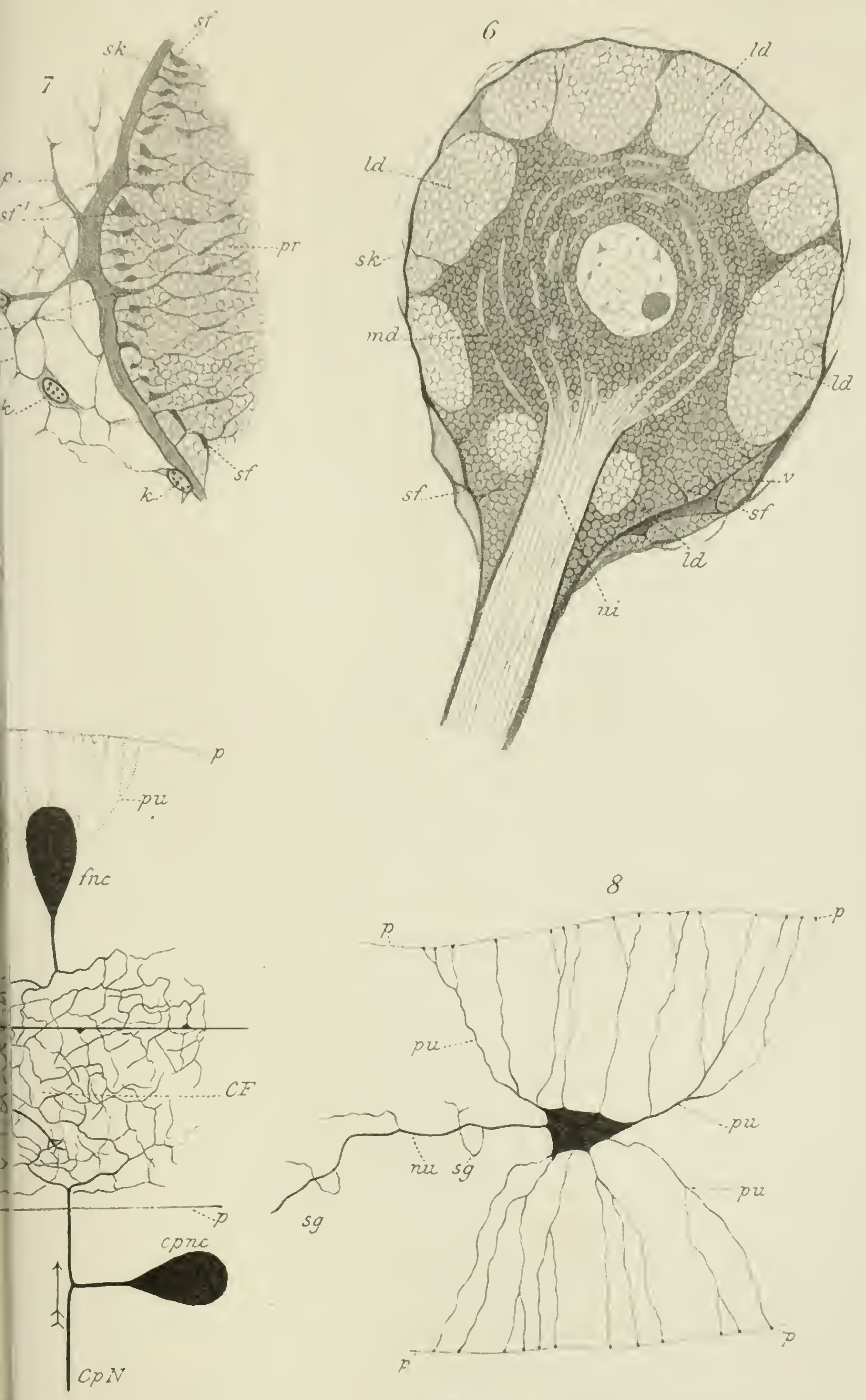
» 10. Del af et snit gennem punktsubstansen i et brystganglion hos *hummeren*. Punktsubstansens sammensätning af tuber fremgår tydelig af dette snit, hvor en stor del af tuberne er gennemskårne på langs (*a*), idet de her samler sig til en stamme, medens den övrige del er overskårne på tvärs (*b*). *k* Neurogliakärne.

» 11. Skematisk fremstilling af *reflexbuens* sammensätning samt af de nutritive centras (d. e. ganglieccellernes) sammenhäng med nervetuberne og det centrale fibrilleväv (*CF*). De store pile angiver reflexbuen. *CpN* Centripetal (sensitiv) nervetube. *CF* Det centrale fibrilleväv. *CfN* Centrifugal (motorisk) nervetube. *Cpnc* Nutritivt centrum for den centripetale nervetube (spinal ganglieccelle). *fnc* Nutritivt centrum for en betydningsfuld del af det centrale fibrilleväv (central ganglieccelle). *Cfnc* Nutritivt centrum for den centrifugale nervetube (central ganglieccelle). *pu* Protoplasmatiske udlöbere, som regelmässig findes hos hvirveldyrene, men som hos de hvirvellöse dyr hyppig mangler. *p* Centralnervesystemets periferi. t_1 og t_2 Nervetuber, stående i forbindelse med de höjere nervecentra. t_1 står gennem sidegrene i forbindelse med det centrale fibrilleväv og gennem den meddeles irritation af den centripetale nervetube til de höjere nervecentra. Gennem t_2 bringes muligens vilkårlige impulser til den centrifugale nervetube; de små pile, 2, angiver deres antagelige gang.

Stockholm 1887. Kongl. Boktryckeriet.



Fridtjof Nansen del.



Lith W Schlachter, Stockholm

Kortare meddelanden.

I. Om förekomsten af de s. k. smegmabacillerna.

Af

D:r EDVARD WELANDER

i Stockholm.

Genom sina undersökningar om LUSTGARTENS syfilisbaciller upptäckte ALVAREZ och TAVEL, att i den vanliga smegman förekomma baciller, hvilka såväl hvad form som förhållande till anilinfärger beträffar, visa den största likhet med de baciller, som LUSTGARTEN beskrifvit som syfilisbaciller. Alldeles oberoende af dessa undersökningar fann äfven MAFTERSTOCK dessa baciller i smegman. Sedermera ha äfven andra studerat deras förhållande vid olika färgningsmetoder m. m. I synnerhet har BITTER lemnat noggrann redogörelse härför, liksom han har påpekat, att formen för dessa baciller är rätt olika, och han har omnämnt ej mindre än åtta olika former af dem.

Sedan lång tid har jag försökt att framvisa syfilisbacillen och härunder äfven gjort en del undersökningar om de s. k. smegmabacillernas förekomst. Äfven om dessa undersökningar ej egentligen innehålla mycket nytt, har jag dock ansett mig kunna redogöra för dem, då smegmabacillerna ej äro beskrifna i den nordiska medicinska literaturen, och då det kan vara af praktisk betydelse att känna dem, ity att de kunna förvexlas med tuberkelbaciller, (för att ej tala om svårigheten att skilja dem från syfilisbaciller).

Jag har färgat dem alldeles som tuberkelbaciller, d. v. s. antingen har jag uppvärmt preparatet i fuksinanilinvatten till början de kokning, affärgat i oxalsyra (eller salpetersyra) och sedan användt svag methylenblå-lösning till att gifva bottenfärg; eller ock har jag färgat med gentianaviolettanilinvatten, affärgat

genom att lägga preparatet omväxlande i kameleonlösning och oxalsyra samt sedan efterfärgat med vesuvin.

När man gör i ordning preparatet, bör man söka att få smegman så tunt och jämnt som möjligt utbredd på täckglaset; detta är ofta mycket svårt i synnerhet när den samma är torr; det vill lätt bilda sig små klumpar här och där, hvilka sedan blifva synnerligen svåra att affärga. Skulle emellertid på täckglaset förekomma dylika små klumpar, bör man vid affärgningen ej vänta, tils dessa blifvit affärgade, utan afbryta denna, när det tunna smegmalagret mellan dessa klumpar är affärgadt. Fortsätter man affärgningen för länge kan det hända, att äfven smegmabacillerna förlora färgen. I synnerhet om man färgar med gentianaviolett och affärgar med kameleon och oxalsyra, bör man vara försigtig; smegmabacillerna affärgas visserligen mycket långsamt, men ju längre tid man håller på med affärgningen, dess lättare uttränger vesuvinet sedermera gentianaviolettet ur bacillerna, hvadan de blifva svåra, om ej omöjliga att upptäcka. Vid nästan alla dessa försök har jag för jämförelses skull färgat ett preparat med fuksin och ett annat med gentianaviolett. Lämpligast synes mig att använda fuksinet.

Visserligen har jag funnit baciller af olika form, men i den manliga smegman förekomma nästan uteslutande tunna, slankiga baciller, hvilka nästan alltid äro mer eller mindre böjda; en och annan gång ser man sporer i dem. Sällan ser man någon annan bacillform. I den kvinliga smegman, som tages mellan labia majora och minora, äro bacillerna i regeln något kortare och tjockare samt mindre slankiga än de, som förekomma hos männen; i öfrigt låta de sig färgas på alldeles lika sätt.

Såväl hos mannen som hos kvinnan finnas alltid utom dessa baciller en oräknelig mängd kocker och små tjocka stafvar, hvilka lätt affärgas och antaga bottenfärgen vid ofvan nämnda färgningsmetoder.

Smegmabacillen förekommer i den manliga smegman oftast i oräknelig mängd; i hvarje synfält finner man stora massor. Så var förhållandet i 23 fall, som jag undersökte, och detta oberoende om personen var frisk eller hade någon venerisk sjukdom ss. dröppel eller enkel chancre; i 9 fall funnos baciller i riklig mängd, i 10 fall förekommo de sparsamt, och i 6 fall kunde inga upptäckas. Åldern på dessa 48 undersökte män har växlat från 16 till 60 år; mannen, som var fyld 60 år, hade i sin smegma millioner baciller.

Ju rikligare smegma, dess rikligare finnas i regeln äfven baciller. I de 10 fall, där de funnos sparsamt, fans blott en ringa kvantitet torr smegma, och i 4 af de 6 fall, där baciller saknades, fans egentligen ej smegma utan blott afstötta epitelceller. Om en person under några dagar uraktlät att hålla sig ren, kunde jag nästan vara säker på att, i samma mon som smegman bildade och förökade sig, i samma mon tilltogo äfven bacillerna i antal.

Blott i 2 fall kunde jag ej upptäcka baciller, trots smegma fans i riklig mängd; det ena fallet var en man med akut dröppel; denna kan dock ej hafva varit anledningen till, att baciller ej förefunnos, ty hos 4 andra personer med akut dröppel funnos baciller hos två i kolossal och hos två i riklig mängd; dessutom funnos de i oräknelig mängd hos tre personer med kronisk dröppel. Den andra personen (21 år), i hvars rikliga smegma ej funnos baciller, hade tuberkulos i epididymis; han påstår sig aldrig haft coitus (om man frånräknar ett försök därtill vid 10 års ålder med en jämnårig flicka); han hade emellertid nu ej någon venerisk sjukdom. Vänstra epididymis var hård, knölig oöm; dess nedre del sammanlödd med skrotalhuden, fluktuerande; i det var, som utkom härifrån efter incision, fann jag de vackraste tuberkelbaciller. Hans smegma undersökte jag upprepade gånger med olika färgningsmetoder, men kunde dock ej påvisa någon enda smegmabacill däri.

Hvad anledningen var att bacillerna saknades i detta fall är ej lätt att säga. Man skulle kunna misstänka, att de öfverflyttas vid coitus, och att således den omständigheten, att denna person ej haft något dylikt, var anledningen till att de felades här; men så kan ej vara förhållandet, ty i ett fall, en 25-årig man, hvilken absolut förnekade samlag, kunde baciller påvisas i kollossal mängd. Likaså fann jag dem hos några minderåriga, däribland hos en gosse på 20 månader.

Möjligen skulle anledningen kunna ligga däri, att denna person ej en enda gång haft præputium retraheradt, hvadan bacillerna ej skulle haft tillfälle att komma in i smegman (hvilken för öfrigt till det yttre var af vanlig beskaffenhet). Detta är ej omöjligt, och härför tala i en viss mon mina undersökningar på minderåriga barn; men att smegmabaciller kunna förekomma, trots præputium aldrig varit retraheradt, visar sig däraf, att i två fall af naturlig phimosis (en 14 år, en 44 år) förefunnos likväl dessa baciller i kolossal mängd.

Jag har undersökt 18 gossar under 15 år, nämligen: 1 på 14 år, 1 på 13, 1 på 12, 4 på 10, 1 på 9, 2 på 7, 2 på 3, 3 mellan 2—3 samt 3 mellan 1—2 år. Af dessa funnos smegmabaciller hos den på 14 år, hos den på 13, hos en på 10 år samt hos en på 20 månader. I alla dessa fall funnos de i högst riklig mängd. — Hos en på 12 år, en på 10, en på 9, två på 7, en på 3 samt en mellan 2—3 år förekommo enstaka, små korta, tjocka stafvar, hvilka läto färga sig lika som smegmabaciller, men de gjorde dock ej intryck af att vara dylika. — Hos de öfriga barnen kunde inga dylika upptäckas, men hos alla funnos kocker i mängd.

Då naturligtvis dessa smegmabaciller ej finnas vid barnens födelse, är det ju gifvet, att de sedermera invandra utifrån, och helt säkert är det slumpen, som gör att de i ett fall få tillfälle att inträuga förr, i ett annat fall åter senare. Omständigheterna kunna ju foga så, att de först inkomma hos en person vid vuxen ålder, lika så väl som det kan hända, att de redan ha kommit in hos ett barn på 20 månader. Helt sannolikt var det en sådan tillfällighet, som gjorde, att de ej funnos i smegman hos de två personer jag ofvan omtalat. Äro de väl en gång inkomna, är det ganska svårt att fullständigt utrota dem.

Några patogena egenskaper synas emellertid dessa baciller ej hafva; de kunna ju förekomma milliontals under långa tider och dock ej åstadkomma den ringaste irritation. Säkert synes det vara, att de ej stå i något kausalförhållande till balaniten; i det då uppträdande sekretet synas de ej kunna lefva. I 4 fall af börjande balanit har jag visserligen ännu kunnat finna smegmabaciller, men i 5 fall af utbildad balanit har det ej lyckats mig att påvisa en enda dylik.

Hos kvinnor har jag blott i 9 fall varit i tillfälle att undersöka smegman. Hos 3 friska kvinnor, hos 3 syfilitiska och hos en med enkel chancre funnos baciller i kolossal mängd; hos en syfilitisk funnos de sparsamt, och hos en kunde jag ej påvisa några. Som jag ofvan nämnt voro dessa baciller något kortare och tjockare samt något mindre böjda än de, som i regeln förekommo hos männen; men de likna dem alldeles i sitt förhållande till färgämnena.

Hos 5 af dessa kvinnor undersökte jag vaginalsekretet men kunde ej i något fall finna en enda bacill. Så var äfven för-

hållandet med 6 andra kvinnor, hvilka alla voro syfilitiska. Ej hos någon utaf dessa kunde jag i vaginalsekretet finna en enda bacill, fastän jag hos 5 af dem, hvilka hade mukösa papler å labia kunde i sekretet från dessa påvisa smegmaliknande baciller, hvilka dock möjligen voro syfilisbaciller. I ett enda fall fann jag i vaginalsekretet några stycken baciller, som lågo tätt bredvid hvarandra, men denna kvinna hade mukösa papler å labia, och äfven i sekretet från dessa funnos dylika baciller; det är därför ganska möjligt, att de få baciller jag fann i vaginalsekretet, i själfva verket härstammade från de mukösa paplerna vid ingången till vagina. Härmed må nu vara huru som hälst, regel är dock, att i vagina förekomma ej dessa s. k. smegmabaciller.

Efter som nu dessa baciller så konstant förekomma i smegman, ligger det nära till hands att fråga sig, om de äfven förekomma på några andra ställen å kroppen, hvarifrån de mer eller mindre lätt skulle kunna föras in i smegman. De få undersökningar jag gjort i denna riktning tala för, att så ej är förhållandet. Med negatift resultat har jag undersökt illaluktande sekret från lårvecket, sekret från vätskande eczem å scrotum, stinkande afsöndring från nafveln och från tårna, (dessutom var från bensår, dröppelvar, sekret från enkla schankrar) m. m. Dessa undersökningar äro dock ej gjorda i tillräcklig mängd för att berättiga till bestämda slutsatser.

Blott hos personer med syfilis har jag flere gånger funnit baciller, hvilka visa stor likhet med smegmabacillerna, och i synnerhet har jag funnit dessa baciller i sekretet från mukösa papler. I 14 fall nämligen har jag i dylikt sekret funnit baciller. I 5 fall hade mukösa paplerna sitt säte å labia; i 3 både å labia och vid anus, i 5 endast vid anus (däraf tre kvinnor, en 14 års gosse och en gosse å $1\frac{1}{2}$ år) samt en gång å scrotum på en äldre man. Endast två gånger har jag med negatift resultat undersökt sekret från mukösa papler, nämligen från en kvinnas genitalia och från insidan af underläppen på en man.

I sekret från skleroser har jag 4 ggr fått negatift resultat; i två af fallen har jag tyvärr ej antecknat, hvar sklerosen hade sitt säte; i ett fall satt den på glans, i det återstående fallet på pars pendula. Positift resultat har jag haft i följande fall: hos en person med skleros såväl å pars pendula som i sulcus; här fann jag en gång baciller från sklerosen i sulcus; hos en person

med phimosis; hos en med två skleroser i sulcus, där jag d. $^{5}/_{9}$, då ingen smegma fans, ej fann baciller, d. $^{7}/_{9}$ då obetydlig smegma fans, fann enstaka baciller, och där jag d. $^{13}/_{9}$, då ånyo ingen smegma fans, ej häller fann några baciller. Slutligen fick jag äfven positift resultat hos en person, där jag likväl ej antecknat, hvar sklerosen satt. Dessa fall bevisa naturligtvis intet, ty i alla måste man på det högsta misstänka, att det ej varit syfilisbaciller utan smegmabaciller, som jag funnit.

I tre fall har jag med negatift resultat undersökt sekretet från gummösa sår.

Skulle jag på grund af mina undersökningar söka besvara den frågan, om dessa baciller, som jag funnit i sekretet från en del syfilitiska sårnader verkligen haft något att göra med dessa symptom af syfilis, så måste jag uttala mycket stora tvifvel om, att så är förhållandet. Några omständigheter tala visserligen för, att de varit syfilisbaciller, nämligen de hafva i regel varit större än smegmabacillerna, hafva nästan alltid varit sporhaltiga samt, när de förekommit, alltid förekommit i ett högst ringa antal; de hafva alltid, trots stark affärgning, varit intensift färgade. Men i nästan alla fall, där jag funnit dem, har jag blott funnit dem å sådana ställen, där i regel smegmabaciller förefinnas, eller dit dessa lätt kunna öfverflyttas t. ex. analtrakten hos kvinnan. Dessutom har det ej någon gång lyckats mig att i själfva väfnaden i en skleros eller en mukös papel, som jag bortklipt, kunnat påvisa en enda bacill, fastän jag i sekretet från just dessa funnit dylika.

I hvad fall som hälst berättigar oss ej påvisandet af dylika baciller från en sårnad i genitalia att säga, att vi här ha att göra med en syfilitisk affär.

I början af min uppsats nämnde jag, att kännedomen om dessa smegmabaciller kan hafva praktisk betydelse, alldenstund de skulle kunna förväxlas med tuberkelbaciller. Detta kan inträffa i de fall, där man misstänker tuberkulos i urinvägarna. I urin från en dylik patient skulle kunna inträffa, att någon smegma medföljde, och att man vid undersökningen af bottensatsen finge fatt i en liten dylik smegmaklump och däri funne dessa smegmabaciller, hvilka då skulle kunna förleda en att tro, att man hade tuberkelbaciller framför sig. I dylika fall bör man naturligtvis med största noggrannhet tillse, att ej möjlighet finnes för någon smegma att medfölja urinen.

II. Fall af hårsvulst i ventrikeln. — Gastrotomi. — Hälsa.

Meddeladt af

Prof. JOHN BERG

i Stockholm.

Hustru *Kristina Nilsson*, 26 år, från Jämtland, intogs på Serafimerlasarettet den $^{31}/_{5}$ 87 för en tumör i buken. Ur den vid sjukhuset förda journalen må anföras följande: Ingen ärftlig sjukdom i slägten. Patienten har haft god hälsa intill de två eller tre sista åren, då hon plågats af hufvudvärk, kraftlöshet, brist på matlust, uppstötningar af surt vatten och kräkningar, dock ej af sönderdelad föda utan af än klart än gulbrunt slem. Aldrig blodkräkningar. Under den senare tiden stark afmagring. — För två år sedan märkte hon första gången en knöl i öfre delen af buken. Den var då af ett vanligt äpples storlek och ömmade vid tryck. Den skall sedan dess altjämt hafva vuxit, i synnerhet hastigt under sista halfåret. Den har gifvit anledning till svidande värk och ömhet i epigastrium. Smärtorna ha alltid stegrats efter arbete eller häftigare rörelser. — Patienten är blek och mager. Lynnet är lugnt och godt. Hon företer ingenting nervöst eller hysteriskt. Intelligensen god. — Då patienten intager ryggläge, synes öfver bukens mellersta parti en tydlig framhvälfning, orsakad af en underliggande tumör, så stor att den jämt täckes af den pålagda handen. Tumören intager mellanrummet mellan högra parasternalliniens och vänstra mamillarliniens förlängningar. Den har en kortare, öfre, konkav rand och en större, undre, konvex, hvars lägsta del når något nedom den linie, som sammanbinder spinæ ilei ant. sup. Den kan vid slappa bukbetäckningar väl omfattas och ej obetydligt röras från sida till sida. Det öfre vänstra hörnet, som är mycket bredare än det högra, döljer sig dock bakom thoraxranden. Den är till konsistensen fast och elastisk; patienten ömmar vid tryck däröfver. Vid spänning af främre bukväggens muskler utplånas tumörens gränser. Tumören följer noga respirationsrörelserna, så att den vid hvarje inspiration skjutes nedåt. Perkussionstonen är öfver tumören matt, i omgifningen tympanitisk. Lungornas och lefverns nedre gränser normala. Likaså mjältens dämpningsområde. I Traubeska rummet tympanitisk ton. Tumören låter ej förskjuta sig mot någondera njurens plats. Urinen klar, håller ej ägghvita. Blod däri aldrig observerad. Från genitalorganen intet sjukt.

Den $^4/_6$ företogs laparotomi med ett 10—11 cm långt snitt i linea alba. Den främre väggen af den starkt dilaterade ventrikeln förelåg; den kunde fritt förskjutas och läggas i veck öfver den under liggande tumören. I nätet nedom ventrikeln gjordes ett så stort hål, att ett finger kunde införas bakom ventrikeln. Äfven dess bakre vägg kändes frisk och fullt förskjutbar mot tumören, hvilken altså måste vara en i ventrikeln liggande främmande kropp. Därefter öppnades magsäcken med ett 6—8 ctm långt snitt, paralelt med och ett par fingersbredder ofvan stora kurvaturen. Den föreliggande tumören fans bestå af tätt sammanbakadt hår, som till största delen fylde den utspända ventrikeln. Därjämte innehöll denna en svartbrun, tjockflytande, slemmig, surt stinkande vätska, som äfven indränkte tumörens ytliga delar. På grund af tumörens betydliga storlek beslöt jag mig för att ej söka uttaga den hel. Efter flere klipp med en stark sax klöfs tumören på tvären, och den relatift smala, korfliknande pylorus-delen uttogs i *ett* stycke. Därefter utbefordrades hårmassan med upprepade klipp, bit för bit, till dess att slutligen så stort utrymme vunnits, att den längst åt cardia belägna delen kunde i ett stycke uttagas. Ventrikel-sårets kanter höllos under hela operationen så vidt möjligt utom buksåret, och det slem, som rann öfver, upptorkades altjämt ytterst sorgfälligt af assistenterna. Bukhålan var dessutom så godt sig göra lät afstängd genom mellanlagda gaskompresser. Efter magsäckens fullständiga tömning jämnades och aftvättades ventrikelns sårkanter och förenades medels en dubbel rad suturer (i alt 23), och buksåret hopsyddes.

Hårtumören var på ytan svartbrun och genomdränkt af slem, men redan på ett par ctm:s djup voro håren tydligen blonda, nästan torra och af samma färg som patientens hufvudhår. Den bestod dels af helt korta håråndar, dels af långa, tydliga kvinnohufvudhår samt vägde i alt $2\frac{1}{8}$ ℔ (omkr. 900 gram).

Under första natten hade patienten ett par kräkningar af en helt obetydlig mängd, svagt blodfärgadt slem. Läkningen gick fullkomligt aseptiskt. På första och andra dygnet gafs endast isbitar, på tredje började med vin och utspädd mjölk, därefter i stigande dos mjölk, buljong, ägg; och vållades däraf aldrig några obehag. Patienten utskrefs den $^{23}/_6$, ej fullt tre veckor efter operationen, med ett mycket friskare utseende, samt kunde då utan svårighet förtära fast föda af allehanda slag.

Patienten ville på inga vilkor medgifva, att hon brukat äta hår eller sätta kammen i mun vid kamningen eller afbita håråndarna. Ej häller hade hennes man någonsin observerat någon dylik ovana. Genom skriftlig förfrågan hos hennes moder fingo vi dock den underrättelsen, att hon som treårig flicka brukat tugga och svälja hårstrån.

Detta fall är, såvidt jag kunnat inhemta af literaturen, det tredje, där hårsvulst blifvit med framgång under lifvet aflägsnad ur ventrikeln. Den första operationen af detta slag utfördes af

prof. SCHÖNBORN 1883 och offentliggjordes samma år i LANGENBECKS arkiv (bd XXIX, s. 605). Den verkståldes på en 15-årig klorotisk flicka, som sedan ett par år lidit af kräkningar och dyspeptiska symptom. En svulst i buken upptäcktes 1½ år före operationen och vållade altmer ökade smärtor. På grund af dess form, dess stora rörlighet, konsistens och dämpningsförhållanden ansågs den af såväl prof. NAUNYN som SCHÖNBORN sannolikast vara en vandernjure, ehuru de dyspeptiska symptomen däraf ej förklarades. Efter gjord laparotomi fans svulsten ligga *i* ventrikeln, som därför öppnades med ett 11—12 ctm långt snitt, hvarigenom med lätthet utbefordrades en 13½ ctm lång, fast svulst af den kontraherade magens form, vägande 281 gram, och bestående af tätt sammanpackade, 1—2 ctm långa hårstrån. Först efter operationen tillstod patienten, att hon 4 år förut under 1 års tid brukat, i likhet med de flesta af sina klasskamrater, »tugga hår» för att få vacker röst. —

Ventrikelsåret slöts med 65 suturer, efter MADELUNG. Läkningen var fullkomligt aseptisk, och flickan utskrefs frisk efter 3 veckor.

Det andra fallet opererades af KNOWSLEY THORNTON d. $^2/_5$ 1884 och offentliggjordes i Lancet 1886 (b. 1, s. 57). En 18-årig flicka sändes till THORNTON för en tumör i buken, som af flere läkare ansetts vara malign. TH. ansåg sannolikast, att den berodde på en fekalsamling i colon, hvarför ordinerades laxantia och stora enemata. Därmed utbefordrades ett litet hårkonkrement per anum, och hon bekände nu, att hon »för några år sedan brukat äta afkammadt hår och afbitna trådändar för att rensa tungan». Då fortsatt purgerande behandling ej ändrade svulstens storlek eller läge, endast nedsatte patientens krafter, gjorde THORNTON laparotomi med tanke på att sannolikast i colon träffa ett hårkonkrement, som han då i första hand ville genom yttre tryck på tarmen söka befordra vidare. Svulsten låg dock i ventrikeln och uttogs hel genom en 5 tum lång transversel incision, som sedan slöts med 30 suturer, hvaraf 15 djupa, gående genom alla lager af ventrikelväggen, de öfriga endast genom peritoneum. Läkningen stördes däraf, att en svamp genom sköterskans försummelse blifvit kvarglömd i buken. Den uttogs följande dag, En dubbelsidig parotitis tillstötte äfven men gick efter få dagars feber tillbaka utan suppuration, 29 dagar efter operationen utskrefs patienten alldeles frisk. — Hårsvulsten hade ventrikelns form och vägde 2 ℔.

Ur literaturen samlade SCHÖNBORN 7 fall, hvartill af THORNTON lades 1, i hvilka dylika hårsvulster träffats post mortem i ventrikeln.

Hvad mitt fall angår, leddes tanken genom uppgiften om svulstens ganska hastiga tillväxt under de två sista åren till antagandet af någon malign tumör. Mjälten perkuterades på dess normala plats. Mot antagandet af sjukligt förstorad, rörlig njure talade utom frånvaron af alla förändringar i urinen, att tumören från början observerats i epigastrium och ej lät förskjuta sig mot någondera njurens plats. De starka dyspeptiska symptomen riktade visserligen genast misstanken på ventrikeln, men svulstens storlek öfverensstämde ej med någon af mig känd svulstform därstädes. Frånvaron af obstruktion uteslöt rimligheten af en svulst i colon. Svulstens uppåt konkava rand, dess stora rörlighet och fasta konsistens gjorde, att jag mest tänkte på ett sarkom i omentum majus, som genom stramning på ventrikeln vållade de dyspeptiska symptomen. Det var först då mitt i den öppnade ventrikeln införda finger kände hårmassan, som SCHÖNBORNS fall rann mig i sinnet. — På grund af svulstens längd och dess cardia-ändas stora tjocklek föredrog jag att stycka tumören framför att göra ett så stort snitt, som dess uttagande in toto skulle kräft. Det relatift korta snittet i ventrikeln underlättade tvifvelsutan sårkanternas upplyftande ur bukhålan under hela extraktionen.

Ej minst af det skäl att jag lika litet som mina båda föregångare, SCHÖNBORN och THORNTON, hade före operationen diagnosticerat det ondas art, har fallet synts mig böra offentliggöras. Enligt min öfvertygelse vore nämligen diagnosen af dessa fall i allmänhet ganska lätt, om blott tanken en gång riktas åt det rätta hållet. Må denna lilla uppsats altså blifva en ny påminnelse om, att dessa hårsvulsters förekomst i människomagen måste tagas med i räkningen vid diagnostiken af buktumörer!

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från år 1887.

Andra kvartalet.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: P. D. KOCK: Undersögelser om nervus hypoglossus' Udspring og Forbindelser i medulla oblongata. — JAC. G. OTTO: Bidrag til Kundskaben om Blodets Stofvexel. — JAC. G. OTTO: Om Blodets Kredslöb og Funktion. — ROBERT TIGERSTEDT: Fysiologiska principer för kroppens näring. — J. FR. SCHROETER: Yderligere Bemärkninger angående ROBERTS Multiplikator. — E. HAMMARSTEN: Om de ätliga svamparnas näringsvärde. — LINKOLN PAIJKULL: Om slemmet i gallan. — K. A. H. MÖRNER: Undersökning af en vätska, erhållen genom punktion af en vätskeansamling på halsen.

P. D. KOCH: **Undersögelser om nervus hypoglossus' Udspring og Forbindelser i medulla oblongata.** Köbenhavn 1887. Med 4 Tavler. Afh. for Doktorgraden i Medicin.

Den under oven stående Titel udgivne anatomiske Undersögelse er väsentligt udfört under Forf:s Ophold ved det Senckenbergske Institut i Frankfurt a. Main; WEIGERTS bekendte Farve- og Seriemetoder ere så godt som udelukkende benyttede til Materialets Behandling, og Afhandlingen indledes med en udförlig Redegörelse for disse Metoders Teknik. Derpå fölger en historisk Fremstilling af tidligere Undersögeres Arbejder om Spörgsmålet, i hvilken Forf. gennemgår hver enkelt Undersögers Fremstilling for sig, og som han slutter med en Påvisning af den almindelige Uoverensstemmelse og Usikkerhed, der endnu stedse hersker i denne Sag. Forf:s egne Undersögelser, som nu fölge, gälde först Forholdene hos Kalvefostre på 23 og 28 Uger, dernäst hos Katten og hos Duen, og endelig hos Mennesket (både det nyfödte og det voxne). I det vi for Enkelthedernes Vedkommende må henvise til Forf:s Text og Afbildninger, skulle vi kun sluttelig fremhäve, at Forf. selv sammenfatter sit Udbytte i fölgende Sätninger:

1) En Forbindelse mellem n. hypoglossus og Oliven findes ikke.

2) STILLINGS Hypoglossuskärner er hos Mennesket den egentlige Kärne, men foran den findes der endnu en akcessorisk Kärne (DUVAL).

3) En Krydsning af Rodbundterne eller Dele af dem för Indträdelsen i Kärnen finder ikke Sted.

4) Hypoglossuskärnen er forsynet med et System af Längdetråde (fibræ propriæ), som sätte dens enkelte Afdelinger i nöje Forbindelse med hinanden, samt Tvärtråde (fibræ commissurales) til Kärnen på den anden Side.

5) Trådene, som fra Kärnen gå til Centralorganerne, fölge med Kranstrådene (som en Del af disse) til raphe og träde efter Krydsning i denne over på den anden Side bag Pyramidesträngene.

6) Som tvivlsom må Forf. endnu henstille en Forbindelse med »Sidesträngens Kärne» og Accessorius-Vaguskärnen.

Ditlebsen.

JAC. G. OTTO: **Bidrag til Kundskaben om Blodets Stofvexel.** Kristiania Videnskabselskabs Forhandl. 1886.

De väsentligste Resultater af Forf:s Undersögelser over Blodets Forhold under *normale* Omständigheder er den *tydelig fremträdende Forskel i Blodlegemeantallet* og *Hämoglobingehalten mellem mandlige og kvindelige Individer* så vel for Menneskets som for Hundes og Kaniners Vedkommende, samt den Omständighed, at Forholdet mellem Blodlegemernes Antal og Blodets Hämoglobingehalt normalt med stor Tilnärmelighed er direkte proportionalt, således at allerede en ganske liden Forandring i den ene af disse Störrelser også bevirker en tilsvarende i den anden. End videre har han med fuld Bestemthed påvist en *forholdsvis betydelig Forskel mellem arterielt og venöst Blod*, större end tidligere antaget, samt afgörende konstateret, *at Arterieblodet* (i alt Fald i art. cruralis hos Hunde) *aldrig er fuldständig mättet med Surstof.* Vender man sig til det tredje undersögte Spörgsmål, Blodets Sukkergehalt, da har det her lykkedes ham at finde en meget väsentlig Ting, den nemlig, *at Blodet foruden Sukker konstant indeholder en anden reducerende, men ikke gäringsdygtig Substants, der opträder i större Mängder i det venöse end i det arterielle Blod* og har bevirket, at de fleste tidligere Forskere har antaget en lige stor Sukkergehalt i Arterie- og Veneblod, medens efter hans Undersögelser vist nok den procentiske Gehalt på reducerende Substants er ligestor i begge, men derimod den *virkelige Sukkergehalt större i Arterieblodet.* Denne reducerende Substants er muligvis den samme, der bevirker, at normal Urin stadig har en vis Reduktionsävne.

Det näste Spörgsmål Forf. har beskäftiget sig med, er Blodets Forhold ved Åreladninger. Undersögelserne viser her, at *så vel Antallet af Blodlegemer som Hämoglobingehalten strax efter en Åreladning er betydelig aftaget, samt at Regenerationen går for sig på den Måde, at de förste hurtigere regenereres end den sidste*, så at det altså varer en god Stund efter Åreladningen, för den oprindelige Proportionalitet mellem Blodlegemeantal og Hämoglobingehalt igen er nået. Men desuden har han gjort den interessante Iagttagelse, *at Forskellen mellem det arterielle og venöse Blod i väsentlig Grad udjävnes ved en Åreladning, og at Blodets Surstofgehalt efter en sådan tiltager i en stärkere Grad i Venerne end i Arterierne.* Disse Anomalier er hävede, så snart Blodets Hämoglobingehalt er vendt tilbage til den oprindelige Mängde.

Hvad *Sukkergehalten* i Blodet efter et Blodtab angår, har han mod alle tidligere Forskere fundet, *at den ikke er tiltaget*, men at deres Resultater skriver sig fra en *Forögelse af den för omtalte, ikke gäringsdygtige, reducerende Substants.* Dette stemmer, som tidligere meddelt, med en äldre Iagttagelse af WORM-MÜLLER.

De Forandringer i den samlede Stofvexel, der bevirkes af Åreladninger, er efter Undersögelse af BAUER og D. FINKLER en Forögelse af Äggehvideomsätningen og en Formindskelse af Fedtomsätningen, Kulsyreudskillelsen og Surstofoptagelsen. Denne sidste kan imidlertid ikke hidröre fra Aftagelsen i Hämoglobingehalten; ti Forf:s Forsög viser, at der tilföres Vävene omtrent lige meget Surstof som för (jfr S. 123), så at derved det venöse Blods Surstofgehalt aftager, og desuden indträder ikke Formindskelsen af Surstofoptagelsen strax, men först flere Timer efter Åreladningen. Ved et Blodtab drejer det sig imidlertid ikke om en enkelt Formindskelse af Ernäringsmaterial, men hele Organismen lider derunder og tager Del i Substanstabet, så der er först Udsigt til närmere at få Rede på Sammenhängen mellem Blodets og Stofvexelens Forandringer ved en Åreladning, når Blodanalysen er kommen så vidt, at den kan give et samlet og nöjagtigt Overblik over Variationerne i samtlige Blodbestanddele.

Af de S. 126 nävnte Grunde har Forf. väret nödt til at studere enkelte *Anästetika's* Indflydelse på Blodet. De undersögte Stoffe var Morfin, Kloral og Äter, og Resultatet i det väsentlige det samme for de tre förste, i det Gehalten på *Surstof var formindsket betydelig*, medens derimod den *samlede Gehalt* på *reducerende Substants var noget forøget. I Morfin- og Kloroformnarkosen* träffer denne Forögelse så vel den *virkelige Sukkermängde* som *Gehalten på ikke gäringsdygtig reducerende Substants, i Kloralnarkose* derimod *udelukkende den sidste.* Med disse Iagttagelser står Resultaterne af Stofvexelundersögelserne i den bedste Overensstemmelse. BOCK og BAUER har nemlig for Morfinnarkosens Vedkommende fundet en betydelig Formindskelse så vel i Kulsyreudskillelsen som i Surstofoptagelsen i det stadium, hvor Reaktionen mod ydre Indvirkninger er svagest, og det er for alle tre Stoffe bestemt konstateret, at deres Brug bevirker Udskillelsen af reducerende Stoffe gennem Urinen. Med Hensyn til de närmere Angivelser i så Henseende henvises til Literaturfortegnelsen S. 126 til 127.

Äternarkosen influerer efter Forf:s Erfaringer hverken på Blodets Hämoglobin- eller Sukkergehalt.

Individernes *Alder* udöver en betydelig Indflydelse på Blodets Sammensätning, som isär gör sig gäldende i den *yngste* Periode. *Nyfödte Börns Blod er således langt rigere på Blodlegemer og isär på Hämoglobin end på noget senere Alderstrin;* men denne Rigdom *varer* ikke länge, i det der allerede *nogle få Dage* efter Födselen begynder at göre sig en *Synkning* gäldende, der fortsättes uafbrudt, lige til *et minimum i begge de för nävnte Störrelser er nået.* Dette indträffer hos *Mennesket* efter Forf:s Undersögelse mellem det *5te* og *8de Leveår*. hos *Hunde* derimod mellem den *3dje* til *5te Uge* efter Födselen. Derfra *stiger* så vel *Blodlegemeantallet som Hämoglobingehalten hos*

Mennesket jävnt opover mod det andet *maximum*, der imidlertid er langt mindre udpräget end det förste og indtraffer *mellem det 20de og 45de År*, hvorfra de igen *ganske langsomt aftager. Hos Mennesket* er der heller ikke *indtil omkr. det 11te År nogen påtagelig Forskel i Blodet fra mandlige og kvindelige Individer*. Hvad Blodets *Surstof-* og *Sukkergehalt* beträffer, synes den sidste at väre omtrent *lige stor i nyfödtes og äldre Individers Blod*, den *förstnävnte* derimod at väre *forholdsvis mindre hos de nyfödte*, grundet på en mindre Surstofgehalt i det venöse Blod.

I Barnealderen er en relativ rigeligere Tilförsel af Näring nödvendig end efter endt Växt, fordi en Del forbruges til Organernes Udvikling, en anden Del til at udjävne Varmetabet, der hos Börn skal väre större end hos voxne under for övrigt lige Vilkår.

I den allerförste Del af Livet er Kvälstofudskillelsen meget ringe, men voxer derefter jävnt, så den i en noget senere Alder er betydelig större end hos voxne. Der synes altså efter det at existere en Slags omvendt Proportionalitet mellem Blodlegemeantallet og Hämoglobingehalten (eller Blodets Koncentration) på den ene Side og Kvälstofudskillelsen (eller Åggehvidekompositionen) på den anden. Efter Undersögelser af Pott er også Kulsyreudskillelsen i Barnealderen större end hos det udvoxede Individ, hvilket ligeledes stemmer med det större Surstofforbrug, som Forf. har fundet hos nyfödte. Imidlertid må samtlige disse Iagttagelser optages med Forsigtighed, da Stofvexelundersögelserne endnu, hvad Alderens Indflydelse angår, ikke er drevne til nogen som helst Afslutning; ovenstående er dog, så vidt Forf. kan forstå, temmelig sikre Resultater og bekräftede af flere, så han tror, at det påpegede Forhold i det väsentlige vil vise sig at holde Stik.

Hvad Blodets Forhold under *Svangerskabet* og Relationen mellem *Moderens* og *Fosterets* Blod angår, har Forf. för det förstes Vedkommende fundet, at *Blodlegemeantallet* og *Hämoglobingehalten aftager noget*, om end ikke så särdeles betydelig, for så snart efter Nedkomsten igen at nå op til Normen. End videre har han kunnet konstatere, at Blodet hos *Fosteret* i det *intra-fötale Liv er fattigere på Blodlegemer og Hämoglobin* end Moderens, og först når og overskrider dette, efter at *Åndedrätsprocessen er kommen i Gang*.

Det ejendommelige ved Blodets Forhold under Inanition er, at det så langt fra at fortyndes tvertimod *koncentreres noget*, og desuden er det lykkedes Forf. at påvise, at denne Koncentration af Blodet väsentlig gör sig gäldende i *Venerne*, der forholdsvis *er langt rigere på Blodlegemer og Hämoglobin under Inanitionen end för denne*, hvilket kun kan bero på en stärkere Transsudation. *Surstofgehalten* viser i det senere stadium af Hungerperioden et märkeligt Forhold, i det den til Trods for den forögede Farvestofgehalt er *aftaget* i en påtagelig Grad, og denne Aftagelse voxer med Hungerdagenes Antal og gör sig först bemärkbart gäldende i Forf:s Forsög omkring den 12te Hungerdag.

Hvad Formindskelsen i *Surstofgehalten* under Inanitionen angår, står den måske også i Forbindelse med den af Ridder & Schmidt,

PETTENKOFER & VOIT og REGNAULT påviste ringere Surstofoptagelse og större Kulsyreudskillelse under Inanitionen.

Af Forf:s Undersögelser over Blodet i *Leverkarrene* fremgår, at *vena hepatica förer mindre Blodlegemer og Hämoglobin end vena porta* og overhovedet *mindre end Blodet i Almindelighed,* hvoraf fölger, at der i Leveren foregår en *Destruktion* af röde Blodlegemer.

Med *Sukkergehalten* og den ikke gäringsdygtige reducerende Substants forholder det sig *omvendt,* i det *vena hepatica* i Almindelighed er *rigere på Sukker og reducerende Substants end de övrige Kar.* Kun under *Fordöjelsen* af et på Kulhydrater rigt Måltid kan der findes *mere Sukker i vena porta end i vena hepatica,* og efter en så lang *Inanition,* at Leveren er glykogenfri, kan *vena hepatica indeholde en Sukkermängde, der ikke er väsentlig större end i de andre Kar i Organismen.* Hvorledes disse Forhold kan tydes, er närmere omtalt S. 207 og taler i det hele taget for en Sukkerdannelse i Leveren på Bekostning af dens Glykogen. *Worm-Müller.*

JAC. G. OTTO: **Om Blodets Kredslöb og Funktion.** Fem populäre Forelüsninger. Kristiania (Th. Steen) 1887. 66 S.

En populär Fremstilling af Blodets og Kredslöbets Fysiologi og Indhold:

1. Om Blodets almindelige Egenskaber.
2. Om Blodets Bevägelse i Legemet.
3. Om Livet og Livsprocessen.
4. Om Blodets Funktion.
5. Om Blodtilberedningen, Reguleringen af Blodtilströmningen og om Sygdomme i Blodet. *Worm-Müller.*

ROBERT TIGERSTEDT: **Fysiologiska principer för kroppens näring.** 216 S.

Detta arbete utgöres af en serie föreläsningar öfver lagarna för ämnesomsättningen inom organismen samt därmed i närmaste samband stående frågor. *K. Mörner.*

J. FR. SCHROETER: **Yderligere Bemärkninger angående Roberts' Multiplikator.** Kristiania Videnskabsselsk. Forh. 1886.

Forf. har udarbejdet denne Afhandling udelukkende for at imödegå den Måde, hvorpå D:r BUDDE i Köbenhavn har behandlet dette Spörgsmål.

I det förste Afsnit godtgöres, at alle BUDDES egne Forsög er behäftede med Fejl, og at han her ikke en Gang tilnärmelsesvis er kompetent til at bedömme det foreliggende experimentelle Materiale. At D:r BUDDE selv ikke föler sig sikker som Experimentator på det Gebet fremgår med tilsträkkelig Tydelighed af et til denne Afhandling föjet Bilag, i hvilket D:r E. GOTTLIEB meddeler, at D:r BUDDE har anmodet ham gennem Apoteker SEHUSEN om at udföre de Experimenter, ved hvilke han söger at give sin sidste Opsats det nödvendige faktiske Grundlag. Da D:r E. GOTTLIEB, der også på dette

Gebet er en erfaren og sagkyndig Kemiker, erklärer, at han fuldt ud kan dele de af WORM-MÜLLER og J. FR. SCHROETER fremsatte Anskuelser er det overflödigt at give en närmere Fremstilling af de Mangler og Fejl, der kläber ved BUDDES experimentelle Kritik.

I det andet Afsnit gives en närmere Redegörelse for den teoretiske Udvikling af Multiplikatoren. Teorien viser, at ved de almindeligst forekommende Forandringer under Gäringsprocessen er Variationen så liden, at man til praktisk Brug kan antage Multiplikatoren for en tilnärmelsesvis konstant; ti i Regelen vil de under Experimentet begåede Observationsfejl väre större end denne Variation. D:r BUDDES teoretiske Udvikling er forkastelig og urigtig, fordi han har begået den store Fejl at anse den sp. Vägt efter Gäringen for en konstant, medens den derimod er en variabel, der er en Funktion af så vel den sp. Vägt för Gäringen som Sukkergehalten. Af denne Grund bliver alle de Formler, ved hvilke han söger at bestemme Multiplikatorens Värdi, når man tager Hensyn til Gäringsprodukterne, urigtige. Uagtet denne Afhandling er skrevet efter Konference med Prof. WORM-MÜLLER, står han ikke opfört som Medarbejder, fordi han allerede för en Gang har givet Tilsvar og D:r BUDDES Opsats gör en hver yderligere Diskussion unödvendig. *Jac. G. Otto.*

OLOF HAMMARSTEN: **Om de ätliga svamparnas näringsvärde.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 22, s. 111—138 och s. 379—415.

Med anledning af en del anmärkningar, som blifvit gjorda mot en uppsats af C. TH. MÖRNER öfver detta ämne, har förf. tagit ordet och visar dels med stöd af uppgifter i den förra uppsatsen, dels på grund af undersökningar, utförda af andra forskare, riktigheten af det omdöme, som i nämnda uppsats uttalats med afseende på de ätliga svamparnas näringsvärde. *K. Mörner.*

LINKOLN PALJKULL: **Om slemmet i gallan.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 22, s. 505—523.

Genom fällning med alkohol och fällningens hastiga afskiljande medelst centrifugering har förf. lyckats erhålla »slemmet» i gallan fritt från gallsyror och kunnat studera dess egenskaper. Den slemmiga, tråddragande lösningen af substansen gaf ägghvitereaktioner (koagulerade i kokning, fäldes för ättiksyra och gult blodlutsalt, gaf ADAMKIEWICZ' reaktion m. m.). Däremot saknades mucinets reaktioner; substansen fäldes visserligen af ättiksyra, men löstes lätt i öfverskott; vid behandling med syror erhöls ej någon reducerande substans. Då vid denna ägghvitekropps digestion med magsaft en fällning uppstod, samt den synes vara fosforhaltig, antager förf., att den är ett nukleoalbumin. Den elementära sammansättningen af den, genom långvarig behandling med sprit renade ägghvitekroppen var i medeltal C 50,9 %; H 6,73 %; N 16,13 %; S 1,65 %. *K. Mörner.*

K. A. H. MÖRNER: **Undersökning af en vätska, erhållen genom punktion af en vätskeansamling på halsen.** Hygica, bd 49, s. 381.

Vid trenne olika tillfällen, då punktion gjordes, har förf. analyserat den uttappade vätskan. Dess sammansättning var alla tre gångerna ganska öfverensstämmande, nämligen på 100 kcm. fasta ämnen 6,90—7,13; salter 0,79—0,95; ägghvita 5,57—5,97, däraf globulin 1,22—1,44 och albumin 4,32—4,64; fibrin 0,004—0,007. Relationen mellan globulin och albumin var 1 : 3,2—3,8. Den ringa fibrinmängden, den höga halten af ägghvita samt relationen mellan globulin och albumin tala emot antagandet, att vätskan utgjorts af lymfa, och göra det mera sannolikt, att den uppstått genom en exsudationsprocess.

K. Mörner.

Patologisk anatomi och allmän patologi: E. A. HOMÉN: Bidrag till läran om de epileptogena zonerna. — H. HOLSTI: Ett kolesteatom i hjärnan. — H. HOLSTI: Hjärnabscess, sannolikt beroende på en varig bronkit. — V. LINDBERG: Tvänne fall af karcinom i tarmen. — H. HOLSTI: Fall af kongenital missbildning af urogenitalapparaten. — SALTZMAN: Hypospadiasis, cryptorchismus, orchitis et periorchitis suppurativa. — SALTZMAN: Multipla hudsarkomer. — AF SCHULTÉN: Melanosarkom i huden. — MORDHORST: Bidrag til Blodets Fordeling i Lungekredsløbet i sund og sygelig Tilstand. — CHR. LANGGAARD: Tilfälde af Kvälningsdöd ved Aspiration af Alimenter i Luftvejene.

E. A. HOMÉN: **Bidrag till läran om de epileptogena zonerna.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 85.

Efter en inledande öfversigt öfver hittils kända fall, där en epileptogen zon anträffats, lemnas en redogörelse för ett af hr *H.* iakttaget fall, där hos en 22-årig allmogeman ett tryck på vänstra inre ögonvinkeln framkallade ett fullständigt epileptiformt krampanfall. Sådana anfall påkommo emellanåt, då pat. tvättade sig och därvid kom att beröra nämnda region; emellanåt har äfven en skarpare vind emot ansigtet framkallat ett anfall. Pat. hade varit frisk ända till vid 20 års ålder, då han efter lyftande af en tyngre börda erfor en ilande smärta i hjärtgropen och därefter en känsla af spänning i inre ögonvinkeln af vänstra ögat, hvartill nästan omedelbart sällade sig ett anfall af svindel och half medvetslöshet jämte oförmåga att tala, som varade några minuter. Ungefär ett år senare instälde sig krampanfall, hvilka merendels uppträdde endast nattetid och småningom tilltogo i frekvens. Under senaste året hade han haft ända till 9 lätta anfall under natten samt en gång i veckan ett mycket starkt sådant med fullkomlig medvetslöshet. En känsla af spänning i inre ögonvinkeln af vänstra ögat föregår anfallet och upphör, så snart detta är förbi. — En under flere månader fortsatt galvanisk behandling verkade för en tid något nedsättande af den epileptogena förmågan hos den epileptogena zonen samt minskade krampanfallens antal. *L. W. Fagerlund.*

H. HOLSTI: **Ett kolesteatom i hjärnan.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 379.

Hos en 22-årig kvinna påträffades i vänstra hjärnhemisfären en valnötsstor, från omgifningen skarpt begränsad tumör, intagande främsta delen af gyrus frontalis superior och en del af gyrus frontalis medius. Den samma omgafs af en perlemoglänsande kapsel, som bestod af ett bindväfsstroma med därpå lagrade, skifepitel liknande celler; tumörens innehåll bestod af en mängd dels kärnhaltiga, dels kärnlösa skifvor, liknande epitelceller, samt taflor af kolestearin.

R. Sievers.

H. HOLSTI: **Hjärnabscess sannolikt beroende på en varig bronkit.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 405.

Hos en 22-årig tjänsteflicka anträffades i högra hjärnhemisferens temporallob en äpplestor håla, fyld med tjockt gult var. Då i hufvudskålens ben icke förefans någon kariös process och från öfriga organ intet annat abnormt påträffades än en varig bronkit, ansågs denna sist nämnda sannolikt vara orsak till abscessen. *R. Sievers.*

V. LINDBERG: **Tvänne fall af karcinom i tarmen.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 195.

Det ena fallet gälde en 55 års kvinna med ett kolloid-karcinom, utgående från öfre delen af colon ascendens och flexura coli dextra. Svulsten, som var stadd i sönderfall, hade förstört tarmväggen i en utsträckning af 8—10 cm. och i stället för tarmlumen påträffades en större håla, begränsad af de tjocktarmen omgifvande, med hvarandra sammanlödda och kolloiddegenererade organen och väfnaderna.

I det andra fallet, en 15 års gosse, var tarmväggen en meter ofvanom v. Bauhini märgigt degenererad i en längd af 10—12 cm.; i omentet förefans en med tumören i tarmväggen sammanhängande större svulst: öfveralt å peritoneum, i lefvern funnos större och mindre märgiga knölar. Slemhinnan öfver svulsten i tarmen var ej förändrad, hvarföre tumören ansågs sannolikt utgå från den submukösa väfven.

R. Sievers.

H. HOLSTI: **Fall af kongenital missbildning af urogenitalapparaten.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 410.

Vid obduktion af en 2½ års flicka anträffades följande missbildning: analöppningen var öppen men förträngd, sphincter ani saknades, rectum var i nedre delen starkt utvidgad. Tätt ofvanom anus fans i främre rektalväggen en rund öppning af ungefär ½ tums diameter, genom hvilken rectum kommunicerade direkt med blåsan. Blåshals, sphincter vesicæ och urethra saknas, och blåsan mynnar direkt ut mellan labia majora. Uterus och vagina befinna sig till vänster om blåsan och mynna i denna genom en trång öppning.

R. Sievers.

SALTZMAN: **Hypospadiasis, cryptorchismus, orchitis et periorchitis suppurativa.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 174.

Pat., 16 år gammal och döpt till kvinna, hade för ett år sedan märkt en svulst i vänstra ljumsken, kort därpå värk samt rodnad i huden, slutligen genombrätt och varutflöde. Rösten är mera låg, bröst och bäcken manliga, muskulaturen kraftig. Tumören, hönsäggstor, hård, ömmande, sänder en strängformig fortsättning inåt buken. I den skrotalhudliknande huden, för öfrigt fri och rörlig, finnes en öppning, ledande till en, seropurulent vätska secernerande fistel. Scrotum och högra testikeln saknas, penis förkrympt, nedåtdragen, glans, väl utvecklad, saknar urinrör och præputium; urinrörsmynningen finnes å bakre ytan af penis i perinæum, prostata saknas. Erektioner uppträda stundom, hvarvid penis ej rubbas ur sitt läge. Då pat. utskrefs (som man) hade svulsten, den vänstra testikeln, storlek och konsistens af en normal testis; fisteln var läkt. *A. Nordblad.*

SALTZMAN: **Multipla hudsarkomer.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, sid. 175.

Pat., en bonde från Hogland, iakttog för 2 år sedan en ärtstor knöl å plantarsidan af en tå; den ulcererade senaste vår. Sedan maj detta år hafva en stor mängd större och mindre smärtlösa knölar uppstått öfveralt på kroppen, dels rörliga, dels vidväxta den på dessa ställen vaskulariserade, ställvis svartblåa huden. Ulcerationens kanter uppdrifna och till utseendet lik knölarna i omgifningen. Mattare perkussionston och svagare respirationsljud öfver högra lungans bakre nedre del. Exstirpation af några knölar konstaterade diagnosen: melanosarkom. Enligt förf:s åsigt utgör den ulcererande knölen å tån orsaken till den allmänna sarkomatosen. *A. Nordblad.*

AF SCHULTÉN: **Melanosarkom i huden.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, sid. 402.

Pat., 38 år, kom under observation 4 år efter det han först iakttagit en pigmentfläck å ena underarmen. Denna, som befann sig uteslutande i cutis, exstirperades. Under de därpå följande 6 månader uppträdde talrika kutana svulster å olika delar af kroppen. Förf. framhåller som sannolikt, att svulstelement tidigt kommit i blodmassan och sedan utbredt sig i huden ungefär som vid sekundär syfilis. *A. Nordblad.*

MORDHORST: **Bidrag til Blodets Fordeling i Lungekredslöbet i sund og sygelig Tilstand.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 457, 490, 505.

Forf. hävder efter egne og andres Forsög, at det må anses for godtgjort, at Lungekapillärernes Kapacitet ved Inspirationen aftager, og at Alveolernes Vägge på Inspirationens Höjdepunkt befinde sig i deres mest blodfattige Tilstand. Omvendt findes ved Exspirationen Lungekapillärerne i alveoli stärkt blodfyldte. Den närmeste Grund til enhver Katarr er en passiv Hyperämi af vedkommende Slimhinde;

Tuberkelbacillerne finde nu en meget gunstig Jordbund i katarralske Sekreter, og når disse findes i de fineste Bronkioler og i Alveolerne, kunne de vanskeligere bortskaffes, end når de findes i de större Bronkier; heri ser Forf. en Hovedgrund til Tuberkulosens primäre Opträden i Bronkiolernes Slimhinde og Alveolernes Bindeväv. Heraf fölger end videre, at i det hele en overfladisk Respiration, ved hvilken Lungen kun fjärner sig meget lidt fra Exspirationsstillingen, må medföre en abnorm Blodoverfyldning af Kapillarerne; dette gälder i särlig Grad om den mangelfuldt udviklede thorax, den »paralytiske». At Lungetuberkulose så hyppigt opträder efter en aflöben pleuritis, tilskriver Forf. den Omständighed, at Lungen som en Fölge af de dannede Adhärenser ikke kan udvide sig tilsträkkelig, og Respirationen som en Fölge heraf bliver overfladisk. — Som Midler til at modarbejde og häve en sådan kronisk Blodoverfyldning anbefales bl. a. forsigtig ledet Bestigning af Bakker og Bjärge, det pnevmatiske Apparat, samt i det hele en Häven af Stofskiftet.

S. Borch.

CHR. LANGGAARD: **Tilfälde af Kvälningsdöd ved Aspiration af Alimenter i Luftvejene.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 361.

En Avlsbruger havde efter et rigeligt Måltid lagt sig i foroverböjet Stilling på Gulvet i sin Stald, stöttet på Knä og Födder for at fange Rotter. Her blev han funden död 4 Timer senere. — Obduktionen viste intet abnormt for Hjärnens, Hjärtets og Arteriernes Vedkommende. Derimod fandtes Luftvejene helt ned i de fineste Bronkier og infundibula fyldte med en grålig, havresuppelignende Vädske uden Lugt; en lignende Vädske fandtes i œsophagus og Ventriklen. Forf. mener, at Döden er indtrådt ved Kvälning således, at den umagelige Stilling umiddelbart efter Måltidet har givet Anledning til Opkastning, og at en kraftig Inspiration i samme Öjeblik har fört Ventrikelindholdet ned i Luftvejene.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: HAUFF: Er Hypnose en patol. Tilstand. — K. E. LINDÉN: Fall af primär septisk endokardit. — F. W. RUNEBERG: Fall af anemysma aortæ abdominalis. — KARL MALMSTEN: Ovanligt fall af tuberkulos. — AXEL JOHANNESEN: 2 nye Tilfälde af Drövtygning hos Mennesket. — ROSEN: Notiser om Ventrikeldelatationens Diagnose — F. W. RUNEBERG: Fall af perforerande magsår. — F. W. RUNEBERG: Fall af primär diffus flegmone i den retroperitoneala cellväfven. — ISRAEL: Om Nyreperkussion. — CHR. GRAM: Om nogle nyere Midler (Salol og Antipyrin) mod febris rheumatica. — H. P. MADSEN: Remedium antarthriticum. — A. W. NORDBLAD: Meddelanden från en resa till Pasteur. — L. NILSSON: Om den krupösa pnevmonins behandling med jodkalium. — W. MOHN: Svovlrögning ved Kighoste. — STORCH: Om Inhalation af salpetersurt Sölvilte. — I. C. HOLM: Inhalation af Sölvnitrat. — H. HOLSTI: Naftalin vid kroniska tarm- och blåskatarrer. — HOLM: Korrespondance.

HAUFF: **Er Hypnose en patologisk Tilstand?** N. Mag. f. Lägev. Forhandl. S. 144.

Forf. mener. at Spörgsmålets Besvarelse vil have väsentlig Indflydelse på Omfanget af den experimentelle og terapevtiske Brug, Lägevidenskaben vil kunne göre af Hypnosen. — Han omtaler kortelig, hvorledes Hypnose i Almindelighed lettest fremkaldes. Det sker i alle Tilfälder ved excessiv, intens, vedholdende Fixation af et Intryk gennem blot et af de menneskelige »Opfatningssystemer» (således betegnes et Komplex af perifere, formidlende og centrale Apparater, hvormed vi formår at komme i en for det specielle Komplex specifik Rapport med Yderverdenen). Dernäst skildres i grove Träk de hypnotiske Fänomeners Räkkefölge, som de studeres hos friske Individer. Han omtaler, hvori Fänomenerne afviger fra Livsytringerne i vågen Tilstand, hvori de dels har Lighed med, dels afviger fra den almindelige Sövns Karakterer. Hypnosens Indträden foregår, ganske som den almindelige Sövn, under en gradvis Udslukken af Bevidsthed og Vilje; bägge Tilstande kan väre af höjst forskellig Intensitet, fra let Omtågen, Slummer til fulständig sopor, aldrig ägte Koma. Först er nu alle reflektoriske Centralapparater i Hjärnen overfölsomme, så der i de ästetiko-kinetiske Centrer udlöses forstärkede (Reflex)-Ytringer. Den dybe Hypnose, karakteriseret ved Katalepsien, viser stor Lighed med mange sygelige Tilstande. — De teoretiske Forklaringer af Fänomenerne fra BRAIDS »ufuldständige Arterialisation af Blodet», DURHAMS Teorier om Träthedsstoffene, hvortil senere flere fremragende Fysiologer sluttede sig, passer lige godt for hypnotisk som for almindelig Sövn. PREYER i Jena vil endog have bevist, at Träthedsstoffene som let forbrändelige Produkter af Musklernes og Gangliecellernes Virksomhed (f. ex. Laktater) under Inträdelse af Sövnen beröver Blodet det for den vågne Tilstand nödvendige Surstof, hvorefter han mener, at der under Hypnosen foregår en meget hurtig *lokal* Ophobning af Träthedsstoffe i Hjärnen ved den usädvanlig skarpe, vedholdende Koncentration af Opmerksomheden, og disse Stoffe skulde nu beröve det Blod, der var bestemt for et

andet Hjärneparti, dets Surstof» d. e. Hypnosen väre en partiel Sövntilstand i Hjärnen som hos Sövngängeren. HAUFF opstiller en Teori til Forklaring af de hypnotiske Fänomener, efter hvilken al animal Hjärnevirksomhed, lige til de höjeste själelige Funktioner, meget kommer til at närme sig allerede som Reflexvirksomheder erkendte Livsytringer. Han går ud fra Hjärnefunktionernes Lokalisation i specifike Centrer. I ethvert sådant udvikles en specifik fysikalsk Kraft; men de forskellige Kräfter kan overföres fra det ene til det andet Centrum, omsättes i hverandre ganske som de fra Fysiken kendte Kräfter. *Elektroide Spändingstilstande* kaldes de Tilstande, hvori Centrerne befinder sig, når de er Säde for disse Kräfter; i hvert specielt Center findes en Kilde til den specifike elektroide Kraft, specifike Energi, Livskraft. Spändingsgraden i Centret betinger dets större eller mindre Funktionsdygtighed. Under Hjärnens Arbejde foregår nu en Proces, som tänkes analog med den elektrolytiske Virksomhed, der foregår i et galvanisk Batteri, når Vädskerne spaltes, i det Surstof söger til den positive, Vandstof til den negative Pol, medens den derved fremkomne Polarisationsström lidt efter lidt sväkker Batteriets Funktionsdygtighed. Det er kanske ikke engang usandsynligt, at den elektroide Spänding i Gangliecellerne er afhängig netop af Surstofgehalten og Vandstofgehalten i de Vädskelag, der som bekendt har en uhyre vigtig Betydning for al Nerve- og Gangliecellevirksomhed — Gangliecellerne forbruger Surstof. — At de elektr. Kräfter omsättes i hverandre forstås således, at f. ex. den specif. Kraft, der har Säde i Synssystemets Centralapparater (og her bevirker en elektrooptisk Spänding) kan overföres til et hvilketsomhelst i Dignitet sideordnet eller underordnet andet Centralapparat, f. ex. til de Centrer, der har med Opfatningen af sensible Indtryk gennem Huden at göre, og her vil da Kraften ytre sig som *Forögelse* af den elektro-sensitive Spänding. Således vil man kunne forklare sig, at et heftigt Synsindtryk kan bevirke Hyperästesi i sensitive Centrer (Smertefornemmelse i conjunctiva ved heftig Lysindvirkning). Indvirker intenst Lys vedholdende på Öjet, blir man tilslut »bländet» d. e. jeg kan ikke länger opfatte Lysbölgerne; har jeg samtidig rettet al själelig Energi, koncentreret mine Tanker på Lyskilden, da sker en excessiv afflux af Energi til de psyko-optiske Centrer, indtil disse er *overladede;* denne Tilstand er uholdbar — der må ske en Udladen, Explosion: *bevidste* Centrer lammes således til Fordel for *underordnede* nervöse Centralapparater. Reflexcentrerne, först da de i Räkken närmest liggende, de sensorielle, der på den Måde får sig tilfört et plus af Energi, deres Virksomheder tilsyneladende fuldkommengöres. (Måske kan den reflexhämmende Virksomhed, vi tillägger de *bevidste* Hjärnepartier, lettest forklares i Overensstemmelse hermed). I en Tid af denne bevidstlöse Tilstand gör nu den forögede sensorielle Reflexvirksomhed sig gäldende, Sandserne er skärpede, så meget mere som der måske desuden foregår en usädvanlig stor Nydannelse af elektroid Kraft i dem selv, da de allerede lammede intet Behov har (ubi usus, ibi affluxus). Derved opstår atter en Overladen, som igen må fölges af en mer eller mindre hurtig og fuldständig Udladen, indtil også de sidste sensorielle *Reflexcentrer* er lammede. Den näste Räkke Central-

apparater, de *ubevidste materielle*, kommer denne Udladen til Gode: der indträder en forögct tonus i Muskelsystemet — her har vi Katalepsien fuldt udviklet. — Vi har således i Räkkefölge fulgt Hovedträkkene i de Fänomener, som Hypnosens Indvirkning fremkalder hos Organismen. — Gennem denne Anskuen af Hypnosens Väsen udtaler H., at det, ideelt talt, står i Operatörens Magt at fremkalde Ytringer, der i det väsentlige dels er Udtryk for forögct, dels for en nedsat Energi i de nervöse Centralganglieapparater. Man vil ved et omhyggeligt, kritisk Studium af Hypnosen kunne drive det til efter Forgodtbefindende, respekt. Behov (i terapevtisk Anvendelse), at afpasse Hypnosens Modalitet, Intensitet og Lokalisation med stor Sikkerhed. Grunden til at de hypnotiske Fänomener ofte anses for sygelige er, at man ifläng har appliceret den på sunde og syge uden Hensyn på Modifikationernes höjst forskellige Virkninger på Organismen.

Af den derpå fölgende Diskussion hidsättes: Prof. Lochmann var ganske uenig i Forklaringen af Fänomenerne som Udslag af elektroide Kräfter; denne Opfatning var lavt liggende; själelige Fänomener er ganske uforklarlige for os. Spörgsmålet patol. eller fysiologisk Tilstand havde ingen vägt. Forskellen mellem disse Begreber var ikke skarp, men temmelig flydende. Kunde Hypnose fremkaldes hos alle, måtte den kanske betragtes som fysiologisk, hvis blot hos enkelte — som patologisk, og den måtte närmest henregnes til Patologien. At den havde Tilknytningspunkter med den almindelige Sövn, var ikke afgörende. Det var på Videnskabens nuvärende Standpunkt umuligt at give nogen fyldestgörende Forklaring på Hypnosen.

Hauff kunde medgive, at Hjärnevirksomheden kanske til alle Tider vil vedblive at väre fuldständige Gåder for os: men som vi i Kemien og Fysiken havde Teorierne om Molekyler og Atomer, således troede han det berettiget og gavnligt, om vi i Forskningen efter de obskure Hjärnefunktioners Väsen sögte at konstruere os Teorier, der, om också blot titsyneladende, kunde klargöre, schematisere de ukendte Processer. Kunde ikke finde, at hans Opfatning var lavtliggende. Var Hypnosen en sygelig Tilstand, måtte man selv ikke af Interesse for patologisk Fysiologi väre berettiget til at bidrage til Udbredelse af en Sygdom, som det endnu stod i vor Magt at udestänge fra Patologien. Det er vistnok vanskeligt, umuligt isär på Nervelivets Område at träkke Gränse mellem Patologi og Fysiologi. Vilde derfor gärne opföre Begrebet *kunstig* Tilstand, og som en ved Kunst fremkaldt Modifikation af det fysiologiske kunde Hypnosen opfattes (analogt med visse excessive Bevägelsesytringar hos Sportsmänd og Akrobater). At Hypnose snart kan framkaldes let, snart vanskelig taler hverken i den ene eller anden Retning; det er beroende på en i forskellig Grad udviklet Ävne hos vedkommende Individer, hvilken ikke derfor kan anses mere eller mindre sygelig, mere eller mindre normal.

Dr Leegaard kunde heller ikke tillägge Spörgsmålets Besvarelse den Vägt, som H.; men H. havde ved at kalde Hypnosen en kunstig Tilstand fraveget sit oprindelige Standpunkt. En kunstig Tilstand kendte L. ikke uden som patologisk. Fandt, at Forgiftninger med samme

Ret måtte kaldes kunstige — Infektionssygdomme ligeså: »Hypnosen er en Sygdom, og jo mere jeg tänker over Sagen, desto sikrere bliver jeg på det. Det har aldrig faldt mig ind, at det kunde väre anderledes», siger L. Hypnose opträder först og fremst hos hysteriske. Syge er de bedste Forsögsobjekter. Her må den simpelthen opfattes som Sygdomssymptom. Den opträder hos endel tilsyneladende sunde Individer. Men når Fänomenerne sees, står det ham utvivlsomt, at Hypnosen og de opträdande Symptomer ikke kan väre Udslag af et sundt Nervesystem. Hypnose kan indträde til hvilkensomhelst Tid; den har noget mattende ved sig; den kan väre så dyb, at man ikke kan få väkket Forsögsmennesket — alt i Motsätning til den fysiologiske Sövn. Det beviser dog intet, at de to Tilstande ligner hinanden i det ydre; men det er isär de ledsagende Fänomener, »den nevromuskuläre Hyperirritabilitet», »Contracturerne», »Katalepsien», »Overirritabiliteten i Huden», »Anästesien», »de intellektuelle og psykiske Fänomener», som kan fremkaldes (Suggestion) etc., der imponerer og må bringe ham til at anse det hele som sygeligt.

Hauffs Teori er, »et stort Misgreb». Nej, den »vitale Kraft» behersker alt inden vort Legeme. Fysikalsk Kraft er ikke og kan aldrig blive Livskraft. Selv som Sammenligning er H:s Teori lidet tilfredsstillende. Under Hypnosen skulde der ophobes Spänding i et, udlades i et andet centrum — om det sker efter fysik. Love for Ledning og Modstand, får vi ikke vide. L. finder det ufatteligt, at man kan ville sammenligne Cellens Surstofforbrug med Elektrolysen. Lären er ikke moden for nogen Teori. H. udtaler sig forhåbningsfuldt om Hypnosens terapevtiska Räkkevidde. Leeg. gör ikke det; for Tiden spiller den omtrent ingen sådan Rolle.

Hauff gentager, at han heller ikke tillägger Ligheder nogen Vägt *for* sin Opfatning; men ligesålidt har tilfäldige Ligheder Vägt *imod* samme. Söger netop at advare mod at drage Slutninger fra ydre Ligheder; mener at man just derigennem kommer til at anskue hypnotiske Fänomener falskt, isär da, når disse og virkelige Sygdomssymptomer kommer for en Dag sammenrottede, forviskede af hverandre, så det endog med Sandhed kan siges, at Hypnose har fremlokket sygelige Lisytringer. Men heller ikke dette, at skjulte Sygdomssymptomer kan fremkaldes ved Hypnose, kan tale for at opfatte Hypnose som Sygdom eller som sygdomsväkkende i sin Almindelighed. Menstruation er en fuldkommen normal Livsytring, selv om der under Perioden indfinder sig fremträdende hysteriske Symptomer, der aldrig viser sig hos vedkommende i den intermenstruale Tid. Eller, er det måske Sövnen, der betinger Delirierne under akute Febersygdomme? — Prof. Arndt i Greifswald har foreslået at kalde excessive vitale Ytringer fra Organismen *oxy*- eller *akro*ergasier for ikke at forvexle sådanne med *hyper*ergasier, hvori *hyper* betegner det *sygelig* overnormale. I Analogi hermed taler H. om kunstige Ytringer, opfatter således den dybe Hypnose, den faste langvarige Sövn hos sunde, Sövngängerens Tilstand som akrogrypni, de hypnotiske Livsytringer som akroergasier, resp. akroästesier, fremkomne som *kinetiske*, resp. *ästetiske äkvivalenter*, som Arndt benävner det, når forskellige Ytringer erstatter hverandre, vikarierer

for hverandre (d. e. enkelte Virksomheder foröges, blir mere energiske på andres Bekostning). Og, når vi ved kunstige Midler, der dog ikke kan siges at väre fremmede Potenser for Organismen, fremkalder disse Modifikationer af normale Ytringer, da finder H. det berettiget at kalde disse *kunstige*, - og de Tilstande, hvori Organismen herunder befinder sig, *kunstige Tilstande*. — At vi lettelig ikke alene kan modificere efter Forgodtbefindende, men på et hvilketsomhelst Stadium öjeblikkelig ophäve Hypnosen ved ganske lette, naturlige Påvirkninger, synes langtfra at give Medhold i, at vi har med en sygelig Tilstand i Nervelivet at göre. — At hypnotiske ikke skulde kunne väkkes, at Hypnose efterlader Mathedsfölelse, forholder sig slet ikke så. At naturlig Sövn opträder blot til bestemte Tider, at Bevidstlöshed altid er patologisk, er neppe alvorlig ment af D:r L.

I anl. »det store Misgreb» bemärker H.: Ganske vist kender han ikke »Livskraften», der måske ikke er fysikalsk Kraft. Men han finder Holdepunkt for sine Teorier i de Fänomener, som kan studeres ved den såkaldte *nevrosis electrica*, der karakteriseres ved, at der til visse Tider, fornemlig ved Öst- og Nordostvinde, i Kulde og ved höj Barometerstand, ofte også som Forbud på sådant Vejr (Arndt) kan afledes elektriske Funker fra vedkommende Individers Legemsoverflade. Slige Personer er i höj Grad fölsomme ligeoverfor Elektricitet, i höj Grad elektrosensitive. Om disse Fänomener siger Psykiatrikeren Arndt, at de, »dürften nicht unwesentlich mit zur Aufhellung von Geschehnissen beitragen, die uns bis jetzst räthselhaft und unentwirrbar erschienen sind.» Forövrig kan der ikke med Rimelighed fordres af en Teori, der blot fremsättes som en Anskuelsesövelse, at den i Detaljer skal forklare, efter hvilke Love Processerne finder Sted; men hans Teori kan ingenlunde derfor siges at give en lovlös Ubundethed for Fänomenernes Tilsynekomst.

Dr Faye fandt, at Striden om fysiologisk, patologisk eller kunstig förte til lidet. Han måtte betegne Hypnosen som en abnorm Tilstand. Også de som Katalepsier — Skräklammelser — isär hos Dyr fremkaldte Tilstande talte herfor. Sammenlignede Hypnosen med Narkoser; den kunde som disse nok väre farlig; men med Kyndighed administrerede havde hverken den ene eller den anden Tilstand skadelige Fölger. Dette var af Vigtighed at have på det rene. Han mindede Magnetstenen fra Oldtiden, der tillagdes forskellige helbredende Virkninger, om senere Tiders Anvendelse af Hypnose, der i den sidste Tid også var brugt som Narkose ved kirurgiske og enkelte gynäkologiske Operationer, under Födselshjelp etc. Han antog, at den såkaldte »Suggestion» måske vilde få en ikke ringe Räkkevidde som terapevtisk Hjälpemiddel. Denne Tilstand kunde dog bruges både til godt og ondt.

Hauff fandt det uforståeligt, at vi i Medicinen så nödig vilde godkende Begrebet kunstig. Vi har intet imod kunstige Indvirkninger på den levende Natur, som omgiver os, og deraf betingede Modifikationer af samme — kunstige Tilstande. Mod den Slutningsmåde: Hypnose kan väre farlig, skadelig for enkelte Individer — altså en patologisk Tilstand», vilde han blot henvise til sit tidligere udtalte. Katalepsierne kan näppe heller berettige til at drage Slutninger, der

går hans mening imod. Suggestion kan bibringes sunde, men ofte lettest og med de mest besynderlige Foreteelser viser den sig hos visse Syge: især er hysteriske og epileptiske benyttede hertil. Her kommer vi närmere andre Tilstande »clairvoyance», »Spiritisme», som man först vil kunne komme til at forklare, når man kender den simple Hypnoses Väsen, idet vi da også vil komme til klart at anskue dens Virkninger på abnormt fungerende Centralganglieapparater.

Prof. LOCHMANN ansåg Hypnosen for at have overordentlig vidträkkende Betydning for Medicinen, for det samlede Åndsliv. Vi kunde vanskelig komme tilbunds i Spörgsmålet, fordi vor psykologiske Kundskab er liden. Skälnede mellem tre Slags Psykologi: *a*) den fysiologisk-psykologiske (WUNDT & LATZE), *b*) den filosofiske og *c*) den religiöse. Vi måtte i vor Forskning erindre, at meget lå udenfor vor Sandsning. Lyd, Lys kunde således ikke opfattes udenfor et vist Svingningsantal af Ätermolekylerne. Svingninger udenfor kunde tänkes at danne Grundlag for skjulte Kräfter, der dannede Gränsen mellem det legemlige og själelige; dette kunde have Betydning for Hypnosespörgsmålet. — Enkelte Individer måtte antages at väre i Besiddelse af en vis »nervös Energi» (suggestion), der kunde influere på andre. (Helbredelse ved Håndspåläggelse). Denne nervöse Energi kunde ikke ansees alene bunden till Ganglieecellerne. DARWIN mener således, at Rodcellerne i Planten indehaver en Kraft, der ligner den nervöse.

K. E. LINDÉN: **Fall af primär septisk endokardit.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 351.

En 48-årig man, som icke genomgått reumatisk feber men de senaste månaderna några gånger känt smärtor i hjärttrakten, insjuknade hastigt med frossa, feber, kräkningar samt smärtor i underlifvet. Dylika sjukdomsutbrott omväxlade med några dagars välbefinnande. Från hjärtat hördes ett svagt biljud. Efter 5 veckors förlopp blef pat:s utseende tyföst, tungan torr, kräkningarna fortforo och frossskakningar med en temperatur af 39—40° instälde sig flere gånger dagligen; öfver hjärtat hördes, tydligast öfver aortavalveln, ett diastoliskt biljud; pulsen var stor och celer. Obduktionen utvisade en betydlig förstöring af aorta valvlerna samt en ulceration från dessa, öfvergående på hjärtat, som var förstoradt, isynnerhet vänstra halfvan. Ulcerationerna i hjärtat innehöllo kokker i mängd. *R. Sievers.*

J. W. RUNEBERG: **Fall af aneurysma aortæ abdominalis.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 191.

En 37-årig man, som under tiden från sitt 20—26 år begagnat ymnigt spirituosa och äfven ådragit sig syfilis, hade sedan $^1/_2$ år tillbaka begynt känna en i början obetydande men småningom tilltagande smärta i epigastrium med utstrålning åt ryggen och lefvertrakten. Först under de senaste veckorna observerade han i epigastrium en svulst. Denna befans vid undersökning vara en knytnäfvestor, glatt, ytterst starkt pulserande tumör, öfver hvilken en tydlig systolisk susning hördes. Såväl digital som instrumental undersökning

— polygrafen tecknade pulskorvorna samtidigt — visade att femoral- och radialpulsen voro fullkomligt isokron. Från hjärta och blodkärl s. ö. var intet att anmärka. Obduktionen — pat. afled närmast i följd af en plevrit — uppvisade ett knytnäfvestort, säckformigt, med vid ingångsöppning försedt aneurysma, beläget vid afgången af arteria cæliaca och innehållande obetydliga fibrinkoagulationer.

R. Sievers.

KARL MALMSTEN: **Ovanligt fall af tuberkulos.** Sv. Läkaresällskapets förh. 1887, s. 83.

En 33-årig kvinna företedde 1882 tecken på början de lungtuberkulos samt ulcerationer i larynx och på bakre farynxväggen och på öfverläppens slemhinnebetäckta rand invid vänstra munvinkeln. Under följande åren förbättrades det allmänna tillståndet, men 1887 blef han sämre. I munnen hade ett par nya sår uppträdt; såren skrapades, och i det utskrapade påvisades tuberkelbaciller.

Edgren.

AXEL JOHANNESEN: **2 nye Tilfälde af Drövtygning hos Mennesket.** N. Mag. f. Lägev. 1886, S. 852.

I Tilslutning til en Afhandling i Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1885, S. 261, om Drövtygning hos Mennesket meddeler Forfatteren 2 nye Tilfälder.

En 25 År gammel Gårdbruger led i 15 à 16 Års Alderen af en Hjärneaffektion, hvorefter påfulgte oven nävnte Fordojelsesabnormitet. Ruminationen begynder nogle Minutter indtil $^1/_2$ Time efter Måltidet og varer i 1 til 2 Timer, men kan også indskränkes til nogle Minutter og Opgulpningen foregår med Lethed.

Det andet Tilfälde er en 28-årig dansk Läge, der har korresponderet med Forfatteren om sin Tilstand. Ruminationen begyndte efter et Tandudbrud i 20-Års-Alderen og har siden vedvaret. Begynder straks efter Måltidet og varer omtr. 2 Timer.

Forfatteren vil sätte Affektionen i Forbindelse med Nervesystemet, men anser videre Teoretiseren herover for frugteslös.

ROSEN: **Notitser om Ventrikeldilatationens Diagnose.** Ugeskrift for Läger. R. 4, B. XV, S. 316.

Fremstilling af forskellige, särlig franske Metoder (Clapotage, Sukkussion, THIEBAULTS Sonde) til at erkende Udvidning af Ventriklen.

F. Levison.

J. W. RUNEBERG: **Fall af perforerande magsår.** Finska läkaresällsk. handl. 1886, bd 28, s. 120.

En 20-årig bondeson intogs den 19 sept. å medicinska kliniken med ett stort empyem i högra plevrahålan, men i ett godt kraft- och nutritionstillstånd. I januari samma år hade han, som förut åtnjutit en god helsa, plötsligt insjuknat med frossbrytningar, styng i högra sidan af bröstet, andtäppa och hosta, hvarför han varit sängliggande

ända till maj månad. Först under resan till sjukhuset begynte pat. besväras af häftiga smärtor under bröstet, kväljningar och illabefinnande efter måltiderna. Dessa störelser fortforo i lindrigare grad äfven vid pat:s intagning å sjukhuset; någon märkbar ömhet för tryck anträffades icke. Dessa symptom skänktes till en början ringa uppmärksamhet, utan riktades denna hufvudsakligen på pat:s empyem. I följd af pat:s ålder och i följd af symptom, som vittnade om vargöringsprocessens afstannande, punkterades denna gång — tvärtemot den å sjukhuset brukliga behandlingen af omedelbar fistel-anläggning — plevrahålan med tvänne trokarer samt sköljdes med 4 % borsyrelösning. Operationen följdes icke af några störande akcidenser. Pat:s ventrikelstörelser trädde emellertid mera i förgrunden. Kräkningar, i synnerhet efter intagen föda, instälde sig; smärtan uppträdde i häftiga anfall. Blodkräkningar och utpräglad ömhet vid tryck saknades. Sedan medikamentös behandling icke åstadkommit någon förbättring, skreds till sköljning af ventrikeln. Enär en gummislang ej kunde fås att passera förbi larynx, infördes en litet fastare, men dock mjuk, sond. Då denna i trakten af cardia mötte ett hinder, afstods för denna gång från vidare sköljningsförsök; ett lindrigt tryck (något starkare utöfvades icke) med sonden framkallade icke smärta. Följande dag försiggick sköljningen lätt med en mjuk slang; ventrikelinnehållet uppvisade sönderfallande blad. Pat. befann sig väl efter sköljningen. Om aftonen tillstötte häftiga kräkningar, efter hvilkas afstannande pat. insomnade. Mot morgonen begynte han klaga öfver svårt illabefinnande och afled plötsligt, utan att kräkningar hade infunnit sig. — Obduktionen uppvisade, förutom en stor varsamling i högra plevrahålan, i ventrikelns lilla kurvatur, omedelbart invid cardia, ett nästan rundt, 3 cm. i diameter mätande ulcus. Detta hade fullständigt genomträngt ventrikelväggen och låg omedelbart mot den ytligt anfrätta lefvern. Någon sammanväxning mellan ventrikeln och lefvern förefans icke, endast en lös sammanklibbning; sårkanterna voro tunna, ej infiltrerade eller förhårdnade, bukhinnan frisk, bukhålan fyld af ventrikelinnehåll. Det vid cardia belägna såret bildade inåt ventrikeln en liten grop med upphöjd kant, hvilket förklarar det hinder, som mötte sondspetsen. Såväl de kliniska symptomen som de anatomiska förändringarna visade, att såret bildat sig mycket snabt, hvarför häller icke någon sammanväxning kommit till stånd, samt att det samma i ett tidigt stadium perforerat ventrikelväggen. Förf. säger, att det tyvärr ej kan nekas, att sonderingen och sköljningen, vare sig direkt eller genom framkallandet af kräkningar, möjligen befordrat lösningen af den skyddande sammanklibbningen. *R. Sievers.*

J. W. RUNEBERG: **Fall af primär diffus flegmone i den retro-peritoneala cellväfven.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 197.

En 20-årig arbetskarl insjuknade under arbete den 27 okt. med frossbrytningar, allmänt illabefinnande samt värk i kroppen och lederna; därjämte hade han täta och smärtsamma urinträngningar. Efter 2 dagar tillkom värk i buken, som ömmade för tryck. Dagen därpå besökte han en badstuga och underkastade sig där en kraftig gnidning,

hvarefter buken svälde till, blef öm och smärtande, så att han nödgades intaga sängen. Pat:s blåsa måste tömmas med kateter. Obstirpation var för handen. Då pat. den 2 nov. intogs på medicinska kliniken, låg han i ett kollaberadt tillstånd med omtöcknadt sensorium och med feber af 39,7° C. Buken var uppöst, starkt ömmande öfver nedre delen, från höjden af nafveln; en jämn resistens kändes öfver den ömmande delen af buken; perkussionen angaf en ringa mängd flytande exsudat i bukhålan; urinen tömdes med kateter. Pat. kollaberade mer och mer och afled 2 dagar efter intagningen å sjukhuset. — Obduktionen utvisade: En mindre mängd varig vätska i bukhålan, peritoneum injicierad, betäckt med smärre, variga, fibrinösa aflagringar. I den retroperitoneala bindväfven i hela nedre delen af bukhålan förefans en ymnig, utbredd, ödematöst varig infiltration, hvilken var mest utvecklad omkring blåsan samt mellan blåsan och rectum, där det infiltrerade exsudatet hade ett rent gult, varigt utseende. Subserosan i hela bäckenet f. ö. äfvenledes ganska starkt infiltrerad. Härifrån sträckte sig infiltrationen uppåt på främre bukväggen ända upp till inemot nafveln, samt på bakre bukväggen upp till njurarna, småningom antagande ett mera missfärgadt, grumligt, ödematöst utseende. Urinblåsans och ändtarmens slemhinna fullkomligt friska; ingenstädes i bäckenets organ eller deras granskap kunde något sår eller annan sjuklig affektion upptäckas. Mjälten var förstorad, slapp och lös; från öfriga organ intet att anmärka. — Förf. framhåller den septiska, diffusa retroperitoneala flegmonens sällsynthet hos en man och dess nära förvandtskap med PIROGOFFS akuta purulenta ödem. *R. Sievers.*

ISRAEL: **Om Nyreperkussion.** Hosp.-Tid. R. 3, Bd 5, S. 481.

Forf. har ved Forsög på Lig sögt at värdsätte Betydningen af Nyreperkussionen. Nyrerne udperkuteredes med Hammer og Plessimeter, Gränserne afsattes med Bläkstift og måltes, dernäst indbragtes lange Nåle (som oftest 3) langs Dämpningsranden. Forsögene anstilledes med emacierede Lig.

I 21 Tilfälde nåede Nyredämpningen lige til Bäkkenranden; men Sektionen viste, at Nyren kun nåede til 4—5 Centimeter over crista ilei; i flere Tilfälde var Afstanden 6—7, i enkelte 8 Centimeter. Kun i 2 Tilfälde nåede Nyrerne virkelig til Bäkkenranden; det ene af disse Lig var kypho-skoliotisk.

Nyredämpningens Bredde kunde afgränses i 21 Tilfälde; i 6 af disse faldt Dämpningens udvendige Gränse sammen med Nyrens indre Rand, i 3 Tilfälde faldt den midt på Nyren, kun i 2 Tillfälde faldt den udperkuterede yderste Gränse sammen med Nyrens konvexe Rand. Tarmenes Forhold var af stor Betydning for Perkussionsresultaterne, i det luftfyldte Tarme helt kunde skjule Nyredämpningen, medens fäkalfyldte Tarme gav Dämpning lige ud til Axillärlinien. Resultatet af Forf:s Undersögelser er da, at Nyren ikke spiller nogen Rolle for Nyredämpningens Fremkomst, men at denne, som WEIL mener, rimeligvis skyldes den tykke Muskulatur. Nyreperkussionen må således anses for värdilös for Diagnosen af Hydronefrose, Vandrenyre etc.

F. Levison.

CHR. GRAM: **Om nogle nyere Midler (Salol og Antipyrin) mod febris rheumatica.** Hosp.-Tid. R. 3. Bd 5. S. 409.

Efter en kort Redegörelse for Literaturen om Salol går Forf. over til at omtale Resultaterne af dette og Antipyrinets Anvendelse på Kommunehospitalets 2. Afdeling. Salol er anvendt i 9 Tilfälde af Febris rheumatica, deraf 5 helbredede, Dosis 1 Gram 3—5 G. d.; 4 Tilfälde, som alle var subkroniske, påvirkedes ikke og heller ikke af Salicyl. I 5 Tilfälde af Tyfus sås så godt som ingen Virkning. Det var ligeledes uvirksomt mod diabetes, Pyämi, Tuberkulose og gonorroisk Revmatisme, derimod sås udmärket Virkning i et Tilfälde af kronisk Cystit. — Antipyrin er anvendt mod de nävnte 4 subkroniske Tilfälde af febris rheumatica, 2 af disse helbredes; af 7 friske Tilfälde af febris rheumatica iagttoges hurtig Helbredelse ved 6 ved Behandlingen med Antipyrin. *Buntzen.*

H. P. MADSEN: **"Remedium antarthriticum".** Ugeskrit f. Läger. R. 4. Bd 15. S. 543.

Forf. meddeler Sammensätningen af ovennävnte Arkanum, der består af *rå* Fuselolje, Salmiakspiritus, Natronsäbe og äteriske Oljer. *Buntzen.*

A. W. NORDBLAD: **Meddelanden från en resa till Pasteur.** Finska Läkaresällsk. handl., bd 28, s. 160.

Förf., som af regeringen fick i uppdrag att följa sex i Helsingfors af en rabies-sjuk hund mer eller mindre svårt bitna personer till Pasteur i Paris, lemnar en intressant beskrifning öfver tillgången vid den sistnämndes profylaktiska ympningsmetod. hvilken de bitna underkastades med framgång. *F. Falkmon.*

L. NILSSON: **Om den krupösa pnevmonins behandling med jodkalium.** Eira 1887, s. 193.

Från d. 1 juni 1886 till d. 1 mars 1887 har förf. behandlat 58 fall af krupös pnevmoni med jodkalium. Af dessa hafva 3 dött = 5,17 %. I hans distrikt var dödsprocenten i pnevmoni 1882: 16 %. 1883: 19 %, 1884: 11 % och 1885: 10 %, innan han använde jodkalium. Medlet har gifvits i dos. af 1 gram hvar tredje timme dag och natt för vuxna personer. I allmänhet förbrukade hvarje person 40—45 gm J. under sjukdomens förlopp. *Edgren.*

W. MOHN: **Svovlrögning ved Kighoste.** N. Mag. f. Läger. 1886. S. 860.

Forfatteren anbefaler at forsöge Svovlrögning i Barnets Sovevärelse under Kighostens konvulsive Stadium. En af hans Börn, der samtidig havde Scarlatina og Kighoste og var i Kighostens konvulsive Stadium, blev efter Desinfektion af Värelset ligesom med et Slag Helbredet for samme. En äldre Söster, der havde bronkitisk Hoste efter Kighoste, blev ligeledes öjeblikkelig helbredet for denne. Lignende Tilfälder omtales.

Forfatteren lägger Vägt på det Tidspunkt i Sygdommen, hvorpå Behandlingen institueres og på den nöjagtige Gennemrögning af Värelset.

STORCH: **Om Inhalation af salpetersurt Sölvilte.** Hosp.-Tidende. R. 3 Bd 5. S. 433 og 462.

Forf. giver en Fremstilling af den i Norge opfundne Behandling af forskellige Lidelser af Luftvejene med Inhalationer af salpetersurt Sölville og meddeler 6 Sygehistorier, af hvilke det fremgår, at Patienter, lidende af Bronkit og Emfysem med astmatiske Anfald, have fölt Lettelse ved Indåndingerne. *F. Levison.*

I. C. HOLM: **Inhalation af Sölvnitrat.** N. Mag. f. Lägev. Forhandl. 1886. S. 191.

Der omtales en Metode til at få Sölvnitrat i ren tör Tilstand fuldt fordelt i Luften.

Metoden er angivet af Apoteker DITTEN. Salpetersurt Ammoniak smeltes sammen med Sölvnitrat og koges sagte, hvorved Ammoniumnitratet dekomponeres i Lystgas og Vand.

Ved denne Gasudvikling rives Sölvnitratet som en fint fordelt Tåge. I Rumet betydelig Smag af Lapis.

H. HOLSTI: **Naftalin vid kroniska tarm- och blåskatarrer.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 183.

H. hade användt naftalin vid kroniska tarmkatarrer med starkt illaluktande afföringar. För fullvuxna gaf han en dos af 0,5 4—6 gånger dagl., dock icke längre än 10—14 dagar; för barn af 1 à 2 års ålder använde han 0,12—0,18 pro dosi 4 gånger dagl. I alla fall, såväl hos fullvuxna som barn, inträdde förbättring till en början. I en del fall uppstod åter försämring oaktadt förnyadt bruk af naftalin. I följd af medlets verkan i många andra fall, där en annan terapi förgäfves blifvit använd, rekommenderar han det samma vid svåra kroniska enteriter. Någon skadlig verkan hade han icke observerat hos äldre personer; hos ett 1$^1/_2$ års barn, för hvilket naftalin användts i en dos af 0,12 4 gånger dagl. i 2 veckors tid, inträdde, under förbättring af symptomen från tarmkanalen, en höggradig anemi, hvarför H. råder till försigtighet med det sammas användande hos barn, i synnerhet för längre tid.

Vid 2 fall af kronisk blåskatarr fann H. naftalinet icke medföra någon synnerlig nytta. *R. Sievers.*

HOLM: **Korrespondance.** Hosp.-Tidende. R. 3., Bd 5, S. 523.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: H. Philipsen: I Anledning af et Tilfälde af travmatisk Afrivning af musc. rect. inf. oculi. — Idman: Döfhet behandlad med pilocarpininjektioner. — V. Uchermann: Adenoide Vegetationer. — Saltzman: Exstirpation af en strumöst degenererad akcessorisk sköldkörtel. — Saltzman: Ett bidrag till frågan om pylorusresektionen. — S. Fenger: En resectio pylori. — Saltzman: Operatift behandladt fall af sterkoralfistel. — af Schultén: Förlamning och anestesi af underbenet efter exstirpation af en svulst i popliteal regionen. — af Schultén: Skottfraktur af tibia och fibula, jämte lesion af art. peconea och tillhörande nerver. — P. Lorentzen: Om Behandling af Klumpfods höjere Grader. — Weber: Kokain som lokalt anästheticum. — F. Saltzman: Om kokainets anesteserande verkan vid subkutan applikation.

H. PHILIPSEN: **I Anledning af et Tilfälde af travmatisk Afrivning af musc. rect. inf. oculi.** Hosp.-Tid. R. 3, Bd 5, S. 601.

En Pat. havde ved at dreje Hovedet til venstre läderet venstre Öje på en let kroget Järnspids, således at Järnspidsen var trängt igennem nederste Öjelåg ind i orbita og havde overrevet rect. inf. Den bulbäre Ende af denne ragede ud gennem en sol. cont. i conj. bulbi. Den anden Ende af den kunde ikke findes. Det nävnte Muskelstykke reponeredes. Såret i conjunctiva forenedes ved et Par dybe Katgutsuturer. Hudsåret sutureredes ligeledes. Heling per primam. Efterhånden tabte Skelestillingen sig, og Bevägeligheden vendte tilbage.

Forf. fremhäver, at det kan väre vanskeligt i sådanne Tilfälde at afgöre, om der foreligger en Kupering af en Muskel eller af dens Nerve. Med Hensyn til Diagnosen heraf henviser han til et Par Tilfälde af Berlin og anförer selv följende Tilfälde, i hvilket han antager en Läsion af nogle af Ciliarnerverne og af n. abducens.

Efter en Läsion 3 Uger i Forvejen, hvorved en lang Pind var trängt c. $1^1/_2''$ ind i venstre Öjekrog, fandtes der en ringe exophthalmus med nogen Bevägelsesbegränsning i alle Retninger: Bevägelsen udad fuldständig ophävet, nedre Del af cornea ufölsom og bärende et »karakteristisk nevroparalytisk» Sår. Pupillen middel dilateret, ubevägelig.

De nävnte Fänomener tabte sig undtagen Bevägelsesmanglen udad, cornea's Ufölsomhed og Pupillarlamheden.

»En Overrivning af Musklen» (m. rect. ext.) »så dybt inde i orbita vilde näppe have frembragt en så fuldständig og *vedvarende* Abducenslamhed.» *J. Bjerrum.*

IDMAN: **Döfhet, behandlad med pilocarpininjektioner.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, sid. 368.

Förf. har enligt Palitzers metod med pilocarpininjektioner behandlat en 27-årig kvinna, som för 5 år sedan ådragit sig lues och året därpå börjat lida af döfhet och öronsusning samt svindel och hufvudvärk. Trumhinnorna befinnas vara konkavt indragna, matta, glanslösa, hammarskaften och proc. breves synliga. Pat. uppfattar intet vid hörselförsök med stämgaffel och endast hårdt tal mycket nära örat.

Af en 2 % pilocarpininlösning injicererades turvis i hvardera armen först 2 droppar, sedan ökades med 1 droppe efter hvar tredje insprutning ända till 6 droppar i gången. Efter 5 insprutningar märktes redan förbättring, och då inalles 2 gram pilocarpin. mur. blifvit injicerade, uppfattade hon vanligt tal och öronsusningen var försvunnen.

A. Nordblad.

V. UCHERMANN: **Adenoide Vegetationer.** Norsk Mag. for Lägevidenskab. 1887. S. 826.

Forf. gennemgår i Korthed Sygdommens Patologi, Symptomer, Ätiologi og Behandling. Sygdommen består i Svulst af det lymfoide Väv i pars. sup. pharyngis. forårsaget ved »Irritamenter af forskelligt Slags, navnlig Katarrer og Betändelser i det tilhörende Tilförselsområde (jf. en Indsö's Nedfaldsdistrikt)». De ved kroniske Svälgkatarrer så almindelige Granulationer er i Grunden den samme Ting. Sygdommen er hyppigst i den yngre Alder, indtil 20 År, yngste Individ observeret af Forf. 4 Måneder, äldste 42 År. Har aldrig seet dem medfödte. Fremhäver, at Grunden hertil må söges i Börns i Forhold til Voksne lymfatiske Konstitutioner. Her kan väre et mere og mindre. Derfor ser man Vegetationerne udvikle sig hos Börn, som tilflytter Kjälderboliger, medens omvendt törre, sollyse Boliger kan bevirke en påfaldende Bedring. Hävder, at alle Kertelhävelser skyldes lokale Årsager, Katarrer, Betändelser, specifike eller ikke. Den Hueterske Läre om Skrofulose og Tuberkulose som samme Sygdom derfor urigtig. I de fleste Tilfälde ere Betändelserne vistnok ikke specifike, fölgelig heller ikke Kertelhävelserne; har specielt med Hensyn til de adenoide Vegetationer aldrig fundet nogen tuberkulös Årsag. Derimod i 1 Tilfälde hereditär Syfilis. Forf. gennemgår dernäst Symptomer, Diagnose, Prognose og Behandling, hvorved han foreträkker Operation gennem Munden med Justis Ske, Langes Ringkniv og Scheeles Tang eller Hartmanns Slynge og Delstouches Adenotom. Til Slutning 20 korte Sygehistorier. *V. Uchermann.*

F. SALTZMAN: **Exstirpation af en strumöst degenererad, akcessorisk sköldkörtel.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, sid. 329.

Omkring 8 månader innan pat., en 41-årig kvinna, kom under behandling, obserververade hon å nedersta delen af halsen, till höger om luftstrupen en ärtstor knöl, som snabt tillväxte, småningom försvårade sväljandet och åstadkom anfall af svår andnöd. Svulsten, till form och storlek liknande ett krikon, har jämn yta, fast konsistens, är endast inåt sammanhängande med angränsande partier och delvis täckt af m. sternomastoideus.

Snittet göres längs inre randen af nämnda muskel, omohyoideus skjuter uppåt. Sternohyoidei trådar skiljas trubbigt. Svulstkapseln öppnas på bakre inre ytan, en liten strängformig uppåt och inåt gående stilus kringbindes. Etage och hudsuturer anläggas med katgut, ingen drän införes. Svulsten, ett struma follicularis, företer en grå, finkornig yta. Läkningen snabb och fullständig. *A. Nordblad.*

F. SALTZMAN: **Ett bidrag till frågan om pylorusresektionen.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 17.

Efter en kort historisk inledning, anför förf. sjukhistorien af en 50-årig fru, lidande af pylorus karcinom, på hvilken han d. 26 okt. 1885 utförde en resektion af den degenererade tarmdelen. Från stora kurvatursidan aflägsnades 8,5 cm., från den lilla 5 cm.; operationen varade 2,5 timmar. D. 21 dec. lemnade pat. sjukhuset, sårläkningen hade försiggått utan nämnvärda störelser. D. 5 jan. 1886 insjuknade pat. på landet i en akut gastro-intestinal katarr, fick sedan hosta och stygn i bröstet samt afled d. 15 i samma månad. — Obduktionen, hvarvid endast bukhålan fick öppnas, visade en i alla afseenden tillfredsställande läkning af operationssåret och i öfrigt fullkomligt normala förhållanden inom peritonealhålan.

Den öfriga delen af afhandlingen upptages af en i tabellform införd sammanställning af 77 pylorusresektioner, af en kritisk jämförelse mellan de olika operationssätten, samt af en framställning af indikationerna, af förberedelserna för operationen, af efterbehandlingen och slutligen af dödsorsakerna. *F. Saltzman.*

S. FENGER: **En resectio pylori.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 313.

En 57 År gl Kvinde havde i 3 År lidt af Kardialgier, i 2 År af Bräkninger, tiltagende i Intensitet. I Umbilikalegnen fandtes en forskydelig, i störste Diameter 9 til 10 Cm. lang tumor. Resectio pylori med et Snit i linea media, begyndende 8 Cm. over umbilicus og endende 5 Cm. under denne. Senere dilateredes Såret et Par Cm. opad. Efter at Ventriklen på sädvanlig Måde var lösnet fra de peritoneale Tilhäftninger, anlagdes RYDYGIERS Klamp. Anläggelsen om duodenum var let, men voldte Vanskeligheder mod Ventrikelsiden, da den kankröse Infiltration strakte sig längere langs curvatura minor end major. Efter Resektionen af Svulstpartiet resterede endnu lidt kankröst Väv ved curvatura minor, der fjärnedes med Sax, hvorved dannedes en vinkelformig Udskäring med Spids i curvatura minor. Efter Anläggelse af Okklusionssuturer og forenende Suturer reponeredes. Der indlagdes 1 Drän bag pylorus, hvorefter Bugsåret sutureredes. Operationen varede 5¼ Time; Pat. döde under Kollapssymptomer 15 Timer efter. Sektion ikke foretaget. *Jens Schou,*

F. SALTZMAN: **Operatift behandladt fall af sterkoralfistel.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 372.

Fisteln hade uppstått ett år tidigare till följd af ett knifhugg i vänstra ljumsken. Den prolaberade tarmen hade reponerats några timmar senare och hudsutur anlagts. Före operationen hade fisteln följande utseende: en 1 cm. lång, 0,4 cm. bred secernerande fistelöppning, 2 cm. ofvanom ligam. Pouparti och 4½ cm. från linea alba. Vid insprutning konstaterades, att den befann sig i flexura sigmoidea. Tarmväggen lösprepareradés till 2 cm:s bredd, ärret exciderades. Slemhinnesuturer af fint silke knötos inåt tarmen, därpå anlades Lembert-

ska suturer, sedan djupa etagesuturer och ytliga hudstygn. Förloppet godt. En knappenålsfin öppning, som kvarstod, kauteriserades med Paqvelin, och fisteln läktes fullständigt. *A. Nordblad.*

AF SCHULTÉN: **Förlamning och anestesi af underbenet efter exstirpation af en svulst i poplitealregionen.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 402.

Svulsten af 5 skålpunds vigt omfattar i betydlig utsträckning art. poplitea och nervus ischiadicus, som efter löspreparerandet från svulsten syntes oförändrad. Operationssåret läkt per primam. Två veckor efter operationen iakttogs förlamning af muskulaturen och anestesi i hela det motsvarande underbenet. Enligt förf:s åsigt har löspreparerandet af nerven vållat en nutritionsstörelse i denna, hvartill äfven möjligen användandet af ESMARCHS binda bidragit.

A. Nordblad.

AF SCHULTÉN: **Skottfraktur af tibia och fibula jämte lesion af art. peronea och tillhörande vener.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, sid. 355.

En 44 års man blef skjuten med en bösskula genom högra vaden. Midt på underbenets yttre sida märktes ett rundt sår, 1 cm. i diameter; i samma höjd på inre sidan ett litet störrre sår. Tibia och fibula frakturerade i nivå med skottkanalen, som förlöpte tätt bakom fibula. Blödningen obetydlig. 2 dagar senare inträdde vid förbandsbyte häftig arteriel blödning, som stannar med kompressionsförband. Likaså vid det andra förbandsbytet 10 dagar senare samt vid det tredje efter ytterligare 4 veckor. Då skreds till operation. Ett arterielt-venöst anevrism af en valnöts storlek med ofullständig vägg hade bildat sig. Art. peronea och vener underbundos, hvarefter blödningen definitift stannade. Förloppet därefter godt.

A. Nordblad.

P. LORENTZEN: **Om Behandling af den medfödte Klumpfods höjere Grader.** Afhandl. for Doktorgraden i Medicinen 1887. 108 Sider.

Forf. har, som Titlen på Afhandlingen viser, indskränket sin Opgave dertil, at han kun har behandlet de »höjere Grader» af »den medfödte» Klumpfod og tillige kun taget Hensyn til Resultaterne af de sidste 12 til 14 Års Behandlingsmetoder.

Efter först at have omtalt Recidiverne, deres Hyppighed og Årsagerne til dem går Forf. over til »den almindelige Behandling», hvorved han kommer ind på Redressementet ved Manipulationer og Tenotomier i mindre og större Udsträkning, og omtaler tillige Manglerne ved disse Behandlingsmåder, der i adskillige Tilfälde ere utilsträkkelige og ikke sikrende en definitiv Helbredelse og i ethvert Tilfälde fordre lang Tid og megen Energi både fra Lägens og Omgivelsernes Side.

Forf. omtaler i de fölgende Kapitler den mere indgribende Behandling af Klumpfoden og sondrer der mellem »Redressementet ved

osteoplastisk Operation», »Redressementet ved Overskäring af Blöddele» og endelig »Redressementet uden blodigt Indgreb». I det förste af disse Afsnit dväles navnlig ved Talusexstirpationen og den kileformige Osteotomi, og Forf. belyser og kritiserer de Tilfälde, som her hjemme ere opererede efter disse Metoder (25 Tilfälde). I det andet Afsnit omtales PHELPS Operation for Klumpfod, og der nävnes 3 Tilfälde af dem, der ere udförte her i Köbenhavn. I det 3dje Afsnit endelig skildres WOLFFS forcerede Redressementsmetode og de temporäre progressive Redressementer.

De Resultater, Forf. gennem sine Undersögelser er kommen til, sammenfattes i al Korthed deri: at enhver Klumpfod af en höjere Grad er en Lidelse, hvis Behandling frembyder meget store Vanskeligheder, og at Behandlingen lige fra Födslen må institueres meget energisk. Tillige hävder han Berettigelsen til at anvende större Indgreb på Blöddelene for hurtig at opnå en god Stilling efter den Tid, da Knokkelväxten i Foden er störst, nemlig 2den til 3dje Måned. Kommer Klumpfoden först under Behandling efter Fuldendelsen af Fodrodsknoklernes Forbening, d. e. efter 12—13de År, gälder det om i så kort Tid som mulig og i så få Seancer som mulig, selv gennem betydelige operative Indgreb, endog på Bensystemet, at få en så tilfredsstillende Form af Foden som mulig. De Fordringer, der i så Henseende bör stilles, ere, at Understöttelsesfladen dannes af planta's 3 normale Understöttelsespunkter, at de abnormt prominerende ossöse Punkter ere formindskede eller fjärnede, i hvert Tilfälde nye ikke dannede, og at Fodspidsen under Gangen står i Närheden af Extremitetens Direktionsplan. *Edw. Ipsen.*

WEBER: **Kokain som lokalt anæstheticum.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 413.

Förf. redogör för ett fall, där han vid afsågandet af spetsen af en genom yttre alveolarväggen framskjutande framtandrot användt kokain. Medlet applicerades efter incision i det omgifvande tandköttet. I det närmaste fullständig anestesi. *A. Nordblad.*

F. SALTZMAN: **Om kokainets anesteserande verkan vid subkutan applikation.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 154.

Förf. har vid en mängd smärre operationer begagnat sig af kokainet dels ensamt, dels åter i förening med inandning af minimala doser kloroform, dock aldrig så mycket att pat. skulle hafva förlorat medvetandet, och tror sig ur dessa försök kunna draga följande slutledningar:

1. Kokainet är, i synnerhet om det kan förenas med ESMARCHS binda, ett kraftigt lokalanesteticum, blott det användes i tillräckligt stor dos, 0,05—0,09 gm. Mindre doser, såsom t. ex. 0,025 gm, nedsätta känsligheten endast i instickets omedelbara närhet och kunna möjligen lämpa sig för helt små ingrepp.

2. Om operationsområdet är litet större, fördelas dosen hälst på 2, vid de högsta doser till och med på 3 instick.

3. Om vid operativa ingrepp djupare belägna partier och i främsta rummet bensystemet beröres, är dess verkan ofta otillräcklig men genom inhalation af minimala doser kloroform kan man då framkalla en fullständig känslolöshet.

4. En nedsättning af känsligheten inträder redan efter några minuter, men tyckes mig vara fullständig först 6 till 8 minuter efter gjord injektion.

5. Känslolösheten varar minst 15 minuter, ofta till och med betydligt längre tid.

6. Vid begagnandet af större doser, 0,05 och därutöfver, är en starkare lösning, 10 %, att föredraga.

7. Ämnet verkar icke störande på sårläkningen.

F. Saltzman.

Psykiatri: A. Friedenreich: Tvangstankesygdommen. Psykiatrisk Studie.

A. FRIEDENREICH: **Tvangstankesygdommen.** Psykiatrisk Studie. København 1887. 157 S.

Forf. gör i Indledningen opmärksom på den gradvise Overgang, der i Virkeligheden finder Sted mellem Sindssygdommene i sädvanlig Forstand og de funktionelle Nervesygdomme. På Gränsen står netop bl. a. den sygelige Tilstand, der er Genstand for det foreliggende Arbejde. Dernäst afhandles Tvangsforestillingen i Almindelighed; Skelnemärket mellem Tvangsforestilling og en egentlig Vrangforestilling finder Forf. väsentligt deri, at den förste nästen öjeblikkeligt korrigeres, anerkendes som falsk, medens den ganske vist for et Öjeblik kan beherske Bevidstheden, så at den fremtvinger en Tvangshandling. At de stille sig som noget fremmed, påtvunget, at de ofte ere absurde og latterlige o. s. v.; er ikke noget absolut Skelnemärke, men i det hele dog karakteristisk.

Forf. gennemgår dernäst de forskellige kliniske Billeder, i hvilke Tvangstankerne ere et väsentligt Träk, og kommer derved efterhånden til at gennemgå fölgende 6 Grupper, som illustreres med talrige Sygehistorier fra forskellige Forfattere. 1) *Maladie du doute*, som den mest udviklede Form for Tvangstankesygdommen, der også af de fleste moderne Forfattere er anerkendt som en särlig Sygdomsform. 2) Griesingers *Grubelsucht*, der ofte opträder som 1ste stadium af maladie du doute, men også kan blive stående på samme Standpunkt. 3) Isolerede Tvangsforestillinger, hvis Manifestation ganske minder om tic convulsif, hvorfor Forf. betegner dem som *ticlignende*. 4) Morels *délire émotif*, der vises i det väsentlige at stemme med folie du doute avec délire du toucher, men hvor Morels fortrinlige Observationstalent har fremhävet et Moment, som de fleste andre Forff. nästen have overset, nemlig den ängstelige Grundstemning og melankolsk

Forstemning, der ledsager Intelligensforstyrrelsen. 5) Denne Gruppe indeholder Tilfälde, hvor de eventuelle Forstyrrelser nå en sådan Höjde, at de gå over til udtalt Sindssygdom, medens dog Lidelsen i sit Väsen er den samme og kun går over Stregen derved, at enten den ängstelige Forstemning stiger til Höjden af en anxiös Melankoli, eller derved, at Tvangsforestillingen tager Overhånd, ikke korrigeres og blandes med typiske Vanvidsforestillinger. Tvangstanker opträde ganske vist ofte i Forlöbet af Sindssygdomme af forskellige Slags; men kun under de nysnävnte Betingelser vedkomme de den sygelige Tilstand, Forf. afhandler. Den sidste Gruppe 6), som er den, Forf. särligt har beskäftiget sig med, og som han illustrerer ved adskillige egne Sygehistorier, kalder han *Tvangsforestillinger ved nevreretiske Tilstande*, hvorved han forstår det samme, som af forskellige moderne Forff. betegnes som »Nevrastemi» i videste Forstand. Denne Gruppe, som Forf. mener at genfinde i J. Falrets Skildring af »hypochondrie morale», omfatter Tilfälde, hvor der ved Indvirkning af svökkende Potenser på nevropatisk disponerede Individer samtidigt med andre »nervöse» Tilfälde opträder Tvangsforestillinger af forskellig Natur, så godt som altid sammen med ängstelig Forstemning.

Denne Form, som ved forskellige Overgange er knyttet til de andre, isär til Morels délire émotif, giver efter Forf. Nöglen til Forståelsen af Tvangstankelidelsens nosologiske Stilling. Forf. betragter nemlig, i det han stötter sig på i det enkelte påviste Overgange mellem alle de forskellige Grupper, alle de nävnte Tilstande som Varianter af en og samme Sygdomsform, som altså er det, han betegner som Tvangstankesygdomme. Han betragter den som en Manifestation af Nevreretismen, der danner en Gränseform mellem denne og Sindssygdomme i snävrere Forstand. De to Elementer af Tvangstankelidelsen, som dominere, ere: 1) Tvangstankerne og 2) Angsten. Den sidste er nöje beslägtet med de Angsttilstande, der så ofte ere en Manifestation af den nevreretiske Titstand, og hvis mest kendte Repräsentant måske er Agorafobien, der jo frembyder en stor Analogi med simple Former af Tvangsforestillinger, og som, hvad et Par af Forf:s Sygehistorier vise, af og til opträder sammen med Tvangstanker.

Forf:s Opfattelse af Tvangstankelidelsens patologiske Fysiologi er i Korthed fölgende: Tankens tvingende og uophörlige Opståen forudsätter en Overexcitabilitet af det Afsnit af Hjärnen, hvor vedkommende Forestilling dannes; Angsten, der opträder ved den mindste Anledning, isär dog fremkaldt ved Tvangsforestillinger, forudsätter en lignende Hyperexcitabilitet af »Angstmekanismen», de Nerveelementer, hvis Excitation frembringer Angsten. Hyperexcitabiliteten er en Manifestation af den i sit Väsen ukendte abnorme Tilstand, som vi forelöbigt kalde Neureretisme, hvis väsentlige Karakter netop er en sygelig forhöjet Virksomhed af forskellige Afsnit af Nervesystemets Centralorganer. Ofte er Gangen i Udviklingen vist nok således, at en barok eller ängstende Tanke opstår hos Patienten, som den kan opstå hos enhver; men på Grund af den sygelige Tilstand gör den et ualmindeligt ubehageligt Indtryk eller fremkalder en udtalt Angst. Allerede herved bliver Forestillingen meget let at fremkalde igen og opstår

ved den svageste Idéassociation, fremkalder atter det ubehagelige Indtryk, og derved blive de pågäldende Nerveelementer yderligere excitable, hvorved Tankens Opståen bliver endnu lettere o. s. v., så at man let kan tänke sig Udviklingen af Tvangsforestillingen på denne Måde. Den vil da först tabe sig, når den nevreretiske Tilstand bliver hävet. I det hele og store viser Tvangstankelidelsen et Forlöb med Exacerbationer og Remissioner eller fuldständige Intermissioner. Forvärrelsen kan ofte påvises at skyldes Nervesystemet sväkkende Potenser: Bedringen opnås oftest ved Landophold, Hydroterapi, Bromkalium, Distraktion af Tankerne, altsammen Forholdsregler, der passe godt med Forf:s Anskuelse af Sygdommens Natur.

Ätiologien viser den nevropatiske (arvelige) Dispositions store Betydning, i det i $\frac{2}{3}$ af de Tilfälde, hvor Oplysninger haves, arvelig Disposition til Nervelidelser var tilstede. Prognosen er ikke så dårlig; kun de färreste Tilfälde nå til de höjeste Grader, hvor Lidelsen er uhelbredelig og gör Pat. uskikket til at färdes i Livet, og kun enkelte synes at ende med Selvmord.

I medikolegal Henseende mener Forf., at Patienterne kun kunne kaldes utilregnelige i Exacerbationerne, og at deres Habilitet i Retning af at råde om deres Formue i Reglen må anerkendes.

Friedenreich.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: KARL MALMSTEN: Fall af spondylitis i halskotorna, beroende på syfilis. — JOH. KJÆR: Et Tilfälde af Sklerodaktyli. — LUDVIG NIELSEN: Et Tilfälde af Sklerodermi med Sklerodaktyli. — J. W. RUNEBERG: Ett fall af sclerema adultorum.

KARL MALMSTEN: **Fall af spondylitis i halskotorna, beroende på syfilis.** Hygiea 1887, s. 315.

I maj 1882 började en 28-årig konstberidare att lida af ömhet och styfhet i nacken samt hufvudvärk, smärtorna stegrades vid böjning af halsen och tryck på hufvudet. Ömhet vid tryck på nacken, på bakre farynxväggen ett stort djupt, orent, rundt sår. Blottadt ben kändes ej i botten af såret; ett nästan 5-örestort sår med underminerade ränder och späckigt belagd botten på utsidan af vänstra underarmen. Under antiluetisk behandling läktes såret på armen men ej såret på farynxväggen. Frampå nyåret 1883 utkommo små benflisor ur såret på farynxväggen, och senare uttogs en större benplatta därur, hvarefter såret läktes och hufvudets och halsens rörelser blefvo obehindrade. *Edgren.*

JOH. KJÆR: **Et Tilfälde af Skerodaktyli.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 529. M. Afbildn.

Forf. gör opmärksom på Sklerodermiens Själdenhed og på dens forholdsvis hyppigere Forekomst i Frankrig; af de hidtil i alt henimod

300 beskrevne eller omtalte Tilfälde falder et stort Procenttal på dette sidste Land. Särligt i Danmark synes denne Sygdom at forekomme själdent; VALD. RASMUSSEN har (1867) afhandlet Sklerodermien (ét Tilf.) i Almindelighed, og HASLUND (1886) den särlige, först af BALL (1871) beskrevne, lokaliserede Form: *Sklerodaktylien.*

Af Sklerodaktyli er der hidtil näppe mere end 15 Tilfälde bekendt; nästen altid opträder denne Affektion i Forbindelse med en mere eller mindre generel Sklerodermi; kun i BALLS og HASLUNDS Tilfälde er den ret isoleret. Et disse sidste ganske lignende Tilfälde er nu af Forf. observeret på det Köbenhavnske Kommunehospitals Poliklinik. — Tilfäldet, som havde bestået i 20 År, forekom, imod hvad der ellers sädvanligt er Tilfäldet, hos en (29-årig) Mand, og beskrives meget detaljeret, og oplyses ved et Par Tegninger. Lidelsen forekom ikke alene på Fingrene, men også op på Händerne. I Modsätning til andre Iagttagelser er der her set en Hånd i Hånd med Atrofien af Falangerne, särligt af tredje Led, gående Nekrose af dette yderste Led. Forf. opfatter Lidelsen, i Overensstemmelse med HALLOPEAU, som trofonevrotisk. *R. Bergh.*

LUDVIG NIELSEN: **Et Tilfälde af Sklerodermi med Sklerodaktyli samt i Sygdommens tidligere stadium symmetrisk Gangrän.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 553—577. (Separ. S. 17).

Forf. leverer en yderst omhyggelig og detaljeret Sygdomshistorie og Beskrivelse af det på Köbenhavns Kommunehospital (Overläge HASLUND) iagttagne Tilfälde. Det forekom hos en 47-årig Tjänestepige og havde bestået i 23 År og var nu i det atrofiske stadium. I en tidligere Periode af Lidelsen synes Endefalangerne af Fingrene at väre gåede tabte ved Gangrän; i övrigt skyldes den tilstedevärende Atrofi af Fingrenes Knokler ikke Elimination. Skleremet var hos denne Patient begyndt i Fingerspidserne og ingenlunde med symmetriske Forhold, og derhos närmest vel som lokal Asfyxi; på et senere stadium optrådte en vel karakteriseret lokal Asfyxi med efterfölgende symmetrisk tör Gangrän. Svedsekretionen og Talgafsondringen var, som sädvanligt ved Skleremer, standsede, og Hår og Negle vare undergåede trofiske Forandringer; muligvis hidrörte de tilstedevärende Tandlidelser også fra Sygdommen. Mere karakteriske for dette Tilfälde vare små röde Pletter (Angiektasier), som synes at have mere konstant ledsaget Udviklingen af Hudlidelsen.

Forf. dväler ved den i dette Tilfälde stärke Hudpigmentering og ved Skleremets Forhold til mb. Addisonii (ROSSBACH); fremdeles ved dens Forhold til Spedalskhed og morphæa (NEISSER). Symptomerne fra de sensitive Nervers Side opfatter han (som EULENBURG og KOPP) som sekundäre, afhängende af Hudens Tilstand. Den stedfundne Atrofi af Knoklerne bringer Forf. til (som EULENBURG og HALLOPEAU) at sammenholde Sklerodaktylien med hemiatrophia facialis.

R. Bergh.

J. W. Runeberg: **Sclerema adultorum.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 354.

En 17 års väl nutrierad bonddotter företedde vid sitt inträde på medicinska afdelningen: På vänstra handens dorsalsida äfvensom på samma hands fingrar är huden alldeles hopskrumpnad, hvit, glänsande, ställvis med sprickor och ärriga svålbildningar. Fingrarna äro orörliga, böjda i half flexionsställning. Högra handen, båda underarmarna, delar af öfverarmarna samt benen, i synnerhet glutealtrakterna och knävecken äro betäckta med en fast, spänd, oftast slät hud, som icke låter höja sig i veck; ingenstädes förekommer en inflammatorisk infiltration af huden. Fallet påminner något om anestetisk lepra, men sensibiliteten är öfveralt, äfven på de ärriga partierna, bibehållen. Flickans lidande begynte för ett år tillbaka med en lindrig domningskänsla i vänstra handens fingrar och en småningom tilltagande rodnad och hårdnad af huden på nämnda hands rygg och fingrar.

R. Sievers.

Obstetrik och gynekologi: J. W. Lindvall: Flaceata prævia; tvillingbörd; vänduing och extraktion. — J. W. Lindvall: Placenta prævia, accouschement forcée. — N. A. Bergenholtz: Placenta prævia. — Sv. Törnmark: Placenta succenturiata. — V. Mossberg: Tvärläge, embryotomi. — Fr. Rudberg: Ruptuca uteri gravidi. — V. Mossberg: Hydrocephalus conguita. — C. Leopold: Ett fall af platt bäcken med indikation för kraniotomi. — G. Heinricius: Bruk och åtgärder vid förlossningar, utöfvade i vissa trakter af Ryssland. — S. Schönberg: Bidrag till eklampsiens Belysning. — Pippingsköld: Ett fall af carcinoma uteri. — G. M. Bolling: Två fall af carcinoma uteri. — C. Wettergren: Eunkleation af ett mer än knytnäfvestort, bredbasigt, submuköst myofibroma uteri hos en virgo. — W. Karström: Två myomotomier. — Ivar Svensson: Gynekologiska operationsfall. — G. Heinricius: Bidrag till kännedomen om endometrium's mikroskopiska anatomi. — Kragelund: Om Anvendelsen af skarp Ske i Uterus. — Pippingsköld: Om aflägsnandet af en fullständigt intrauterin tumör samt hemostasen därvid. — O. Engström: Spontan gangren hos uterus-fibroider. — Pippingsköld: Tvänne fall af uterusfibroider. — G. Heinricius: Ett fall, där menstrualblodet passerar urinblåsan i stället för slidan. — C. D. Josephson. Uretergenitalfistlar hos kvinnor. — G. M. Bolling: Atresia vaginæ congenita. — O. Engström: Ovariotomi under pågående hafvandeskap. — C. Leopold: Ett fall af ovariotomi. — Pippingsköld: Om en öfverraskning vid afsedda ovariotomier jämte fall af unilokulära cystor. — R. Idman: En dubbelsidig ovariotomi. — G. Heinricius: Om den profylaktiska dränagen af peritonealhålan vid ovariotomi. — O. Engström: Fall af blåsmola. — O. Engström: Till frågan om den operativa behandlingen af dilatatio urethræ hos kvinnan.

J. W. LINDVALL: **Placenta prævia, tvillingsbörd; vändning och extraktion.** Hygiea 1886, s. 639.

Pat. 40-årig, omföderska, ofullgången. Svaga värkar under flere dagar med svåra blödningar. Pat. nästan pulslös. Modermun öppen

för 4 finger. Efter flere timmars expektation och inläggandet af kolpevrynter företogs vändning utan svårighet. Pat. afled på 3:dje dygnet af puerperalfeber.

J. W. LINDVALL: **Placenta prævia. Accouchement forceé.** Hygiea 1886. S. 640.

Pat. omföderska, 48 år, fullgången. Under tvänne månader blödningar. I modermun, som var öppen för 3 finger, palperades placenta. Kolpevrynter och expektation under 2 timmar utan effekt. Svår vändning. Fostret dödt. Hälsa.

N. A. BERGENHOLTZ: **Placenta prævia.** Hygiea 1886, s. 641.

Pat. 41-årig, omföderska, fullgången, hade haft upprepade blödningar. Efter flere timmars förlossningsarbete och betydlig blödning var modermun öppen $1^1/_2$ tum, och genom den hade placenta pafperats. Vändning ock extraktion. Fostret dödt. Hälsa.

SV. TÖRNMARK: **Placenta succenturiata, prolapsus funiculi umbilicalis. Tångförlossning af barnmorska. Manuel placentarlösning. Pneumonia chron. c. cavernis. Anæmia acuta. Död.** Hygiea 1886, s. 643.

Pat., som företett blödning sedan förlossningens början, förlöstes af barnmorska med tång på grund af framfallen nafvelsträng. Placentarretention med blödning. 2 timmar senare placentar-operation af T., hvarefter blödningen stannade. Kollaps och död $^1/_2$ timme efter operation.

V. MOSSBERG: **Tvärläge. Embryotomi.** Hygiea 1886, s. 644.

Pat. 34-årig, omföderska. Tvärläge. Efter 2 dygns förlossningsarbete tillkallades M. och verkstälde embryotomi på det macererade fostret. Hälsa.

FR. RUDBERG: **Ruptura uteri gravidi.** Hygiea 1886, s. 646.

Omföderska, 43 år, fullgången. Hängbuk. Efter några timmars förlossningsarbete, kollaps och upphörande af värkarna Fosterdelar tätt under bukbetäckningarna. Vändning. Fostret dödt. Pat. afled omedelbart efter operation. *Salin.*

V. MOSSBERG: **Hydrocephalus congenita. Tång.** Hygiea 1886, s. 645.

Förstföderska. Hufvudet i bäckenbotten, mjukt. Tången anlades, men afgled tvänne gånger. Tredje gången lyckades extraktionen af ett hydrocefaliskt lefvande foster. Puerp. normal.

C. LEOPOLD: **Ett fall af platt bäcken med indikation för kraniotomi.**

31 år. II para. Första förlossning svår, vändning på fot. perforation af efterkommande hufvud. Vid denna, andra, förlossning perforation af föreliggande, inkiladt hufvud, extraktion med kranio-

klast. Bäckenmått: Spinal ilei ant. sup. 24,5, Cristae ilei 27, Trochanteres 29, conj. ext. 15,5, Conj. diag. 8—8,5 cm. *G. Heinricius.*

G. HEINRICIUS: **Bruk och åtgärder vid förlossningar, utöfvade i vissa trakter af Ryssland.** Finska läkaresällsk. handl. Band 28 (1886), s. 179,

Förf. hade, tillkallad med anledning af ett förlossningsfall, i guvernementet Kursk, beläget ungefär 600 verst söder om Moskva på gränsen mot lilla Ryssland, af i trakten praktiserande jordegummor lärt känna flere af de, dels på riktig uppfattning, dels på vidskepliga föreställningar grundade, åtgärder, som nämnda kvinnor vidtaga vid förlossningar i dessa nejder, där befolkningen ännu befinner sig på en ganska låg grad af kulturutveckling. *G. Heinricius.*

E. SCHÖNBERG: **Bidrag til Eklampsiens Belysning.** Klinisk Årbog 1866, S. 263.

Iagttagelser og Undersögelser til Belysning af »Eklampsispörgsmålet» på Grundlag af de på Kristiania Födselstiftelse 1876—1886 forekomne Tilfälde. På 3,110 födende kom 44 Tilfälde = 1,44 %, eller, når 20 med för Indläggelsen udbrudt Eklampsi fraträkkes, 0,77 %, et Forholdstal som er större end i tidligere Perioder. Hos förstfödende var Sygdommen omtrent dobbelt så hyppig som hos flerfödende (1,7 mod 0,9 %). Med hensyn til Kvindernes Alder viste sig störst Disposition hos yngre förstfödende (under 20 År) dernäst hos äldre förstfödende (resp. 4,4 og 3,3 %). Påfaldende var den overvejende Hyppighed hos gifte förstfödende.

Til Belysning af Albuminuriens og den forstyrrede Urinsekretions Betydning meddeles en Räkke Undersögelser af daglig Urinmängde og Urinens sp. V.: 1) hos ikkesvangre 2) hos svangre 3) hos normale Barselkvinder 4) hos Barselkvinder med Eklampsi og 5) hos svangre og Barselkvinder med Albuminuri og hydrops uden Eklampsi. 3 Tilfälde meddeles af Eklampsi uden forudgående Albuminuri, hvoraf der hos den ene heller ikke fandtes Äggehvide i Urinen efter det (enkelte) eklamptiske Anfald. Blandt forskellige andre ätiologiske Forholde fremhäves refrigerium, ligeså psykiske Emotioner som foranledigende Årsager til Sygdommens Udbrud. — Mortalitetsforholdet var 25 % (af de 20 med Eklampsi indlagte 8 eller 40 % af de 24 på Stiftelsen opståede Tilfälde 3 eller 12,5 %). Dödeligheden var störst hos gifte förstfödende (45,5 %). — De gjorte Temperaturiagttagelser gav et Resultat, som i det väsentlige var overensstemmende med de af SCHRÖDER meddelte, dog, med Hensyn på den prognostiske Användelse, med nogen Modifikation. Med Hensyn på den egentlig obstetriciske Del af Terapien viser Forf. at den kunstige Tilendebringelse eller Påskyndelse af Födseln ikke havde nogen afgjort eller ubetinget gunstig Indflydelse på Sygdommens Udgang for Moder og Barn.

PIPPINGSKÖLD: **Ett fall af carcinoma uteri, behandladt med brännjärn.** Finska läkaresällsk. handl. Bd 28 (1886), s. 357.

50 år. Uteri läppar karcinomdegenerade och lifmoderhålan fyld med kancermassor. Uterus något fixerad vid omgifningarna. Abrasion med skarp sked, och aflägsnades därmed stora mängder kräftmassa, brännjärn mot den skrapade ytan. Förf. anser fallet visserligen icke vara fullständigt läkt, men att dock en höggradig förbättring ernåtts genom operationen, hvarjämte han rekommenderar detta operationsförfarande i sådana fall, där den karcinomatösa degenerationen begynt å uteri inre yta och ännu ej hunnit tilltaga i mycket hög grad. Genom kauterisationen anser han sårinfektionen kunna med stor säkerhet undvikas. *G. Heinricius.*

G. M. BOLLING: **Två fall af carcinoma uteri; hysterektomi; en tillfrisknad, en död.** Hygiea 1886. S. 754.

I. Omföderska, 55 år. Sjukdomens duration okänd. Cervix bortulcererad, uterus knölig, fixerad, metastaser i lig. lata. Vid operationen fripreparerades först rectum och sist blåsan. Läkning feberfri och hastig.

II. Omföderska, 47 år. Sjukdomens duration okänd. Uterus hård, något rörlig. Cervikalkanalen förvandlad till en större kavitet med ulcererade väggar. Metastaser i lig. lata. Operation långvarig. Pat. afled på 5:te dygnet. *Salin.*

C. WETTERGREN: **Enukleation af ett mer än knytnäfvestort, bredbasigt, submuköst myofibroma uteri hos en virgo.** Hygiea 1886. S. 783.

Pat., 44-årig virgo, hade haft långvariga och svåra blödningar. Uterus likformigt förstorad, nådde halfvägs mellan nafveln och symfysen. Cervix öppen, så att tumörens spets kunde kännas. Discision af hymen. Utskalning af tumören medelst sax och stenslef. Blödningen obetydlig. Tillfrisknandet ostördt. *Salin.*

W. KARSTRÖM: **Två myomatomier.** Hygiea 1887, s. 216.

1. Pat. 36 år, omföderska, hade observerat en svulst, ett myom, räcka 3 år. Tillväxten långsam tils hösten 1885, då pat. blef gravid, hvarefter svulsten hastigt ökade sig, framkallade svåra symptom af andtäppa och urinretention, åtföljd af ödem. I febr. 1886 fylde tumören hela bukhålsn sträckande sig ända till proc. xiphoideus. Den kändes elastisk. Profincision gjordes i tanke, att den hastiga tillväxten berodde på ascites; men endast 200 kcm. vätska utskaffades. I följd af spänningen läkte sig incisionen ej fullständigt. D. $^{1}/_{3}$ operation. Tumören, ett fibromyom, med ett bredt fäste, utgående från vänstra sidan af uterus, utveckladt mellan bladen af vänstra lig. latum, bakom peritoneum upp till flexura coli sin, skjutande colon. descendens med flexura sigmoidea mot medellinien. Arteria och vena spermatica samt flere fingertjocka vener löpte snedt öfver hela svulsten. Uteri storlek motsvarande 4—5 mån. graviditet. Efter svulstens utskalande, och sedan en elastisk ligatur blifvit anlagd omkring cervix, afskars uterus

ofvan den samma, hvarvid äggsäcken öppnades, och amniosvätska utrann i bukhålan. Stumpen med den elastiska ligaturen insyddes i den retroperitoneala hålan, som fullständigt slöts. Drainage genom nedre sårvinkeln. Svulsten vägde 18 kilo. Medan läkningen lindrig temperaturstegring samt flebotrombos i vänstra benet. Utskrefs frisk d. 24 april 1886.

2. Pat. 34-årig, omföderska, hade märkt sedan 3 år en svulst, som långsamt tillvuxit. Under senare åren ytterst häftiga blödningar. Intogs d. 12 aug. på sjukhuset. Tumören då af ett barnhufvuds storlek, jämn, antogs vara ett myom i bakre väggen af uterus. Pat. ytterst svag och kraftlös. Blodkropparnas antal 2,780,000 pr kbmm. I följd af pat:s nedsatta krafter uppsköts operationen till den 28 sept. Laparotomi. Sedan en elastisk ligatur lagts omkring cervix, gjordes en incision genom bakre väggen på uterus, tills tumören påträffades, hvarefter denna utskalades, utan att uterinhålan öppnades. Hålan slöts med djupa silkessuturer. Drainage genom fossa Douglasii. Tillfrisknandet något långsamt men utan några komplikationer. Utskrefs läkt d. 13 nov.

Förf. meddelar därefter en epikris öfver de båda fallen, däri han anger orsakerna till sitt förfaringssätt samt omnämner några af de nyare åsigterna om dylika operationer. *Salin.*

IVAR SVENSSON: **Gynekologiske operationsfall.** Hygiea 1886. Sv. läkaresällsk. förh. s. 248.

S. omnämner ett fall af supra-vaginal amputation af en myomatöst degenerad uterus med försänkning af den elastiska ligaturen. Pat. afled på 5:e dygnet af peritonit, möjligen septisk.

S. meddelar därefter ett fall af ruptur af en ovarialcysta omedelbart före det operativa ingreppet. Pat. hade en betydlig ovarialtumör med något klibbande, grågult innehåll. Då pat. placerats på operationsbordet var tumören försvunnen, och tecken på fri ascites förekommo. Bristningen hade inträffat 2 timmar förut vid defekation utan att pat. deraf hade något obehag. Incision. Den fria cystavätskan uttömdes, en elastisk ligatur lades omkring den nedre delen af den pedunkulerade tumör, som exstirperades och befans vara en enrummig cysta med så stor ruptur i väggen, att banden kunde införas. Konvalescensen störd af feberdelirier. Först på 27:de dygnet kunde pat. lemna sängen. S. anser det oafgjordt, om man vid ett dylikt fall bör ingripa eller förfara exspektatift. *Salin.*

G. HEINRICIUS: **Bidrag till kännedom om endometriums mikroskopiska anatomi.** Finska läkaresällsk. handl., b. 28, s. 283 (med 5 taflor).

På grund af mikroskopiska undersökningar af de med curette utskrapade delar af uterinslemhinnan vid kr. hyperplastisk endometrit gör förf. skilnad emellan en interstitiel och en glandulär form af nämnda endometrit samt beskrifver närmare uterinslemhinnans mikroskopiska utseende. Förf. finner den interstitiela väfnadens grundsubstans utgöras af stjärnformiga celler, hvilka med sina utlöpare bilda ett fint nätverk (retikulär bindväf); på och mellan dessa celler, i de af ut-

löparna bildade maskorna finnas 2 slag af kärnar, stora, ovala, svagt färgade, tillhörande de s. k. fixa bindväfscellerna (endotelceller) och mindre runda eller spolformiga, starkare tingerade, utgörande utvandrade lymfkroppar. Förf. uppfattar uterinslemhinnan såsom en af kärl och körtlar genomsatt utbredd lymfkörtel, hvilken icke äger några egentliga lymfkärl, utan består af med endotel beklädda bålrum (lymfsinus). Till slut uppställer förf. en differentialdiagnos i kliniskt och mikroskopiskt hänseende emellan hyperplastisk endometrit och abortrester, polyper, fibromer, kancer och sarkom i uterus.

G. Heinricius.

KRAGELUND: **Om Anvendelsen af skarp Ske i uterus.** Hospitals-Tidende. R. 3, Bd 5, S. 385.

Forf. udtaler, at Udskrabningen af uterus med skarp Ske er en Operation, som den praktiserende Läge har langt mere Brug for end Specialisten, og han tager kraftigt Ordet for at vise, at Kuretten bör have en lige så berättiget Plads i vort armamentarium som f. ex. en Bisturi. Tekniken ved Operationen frembyder ingen Vanskeligheder, kun må der fordres en til de mindste Enkeltheder strängt gennemfört Antiseptik, uden hvilken Indgrebet er höjst utilladeligt. Forf. giver en Fremstilling af Operationens Teknik og meddeler korteligt 18 Sygehistorier. I alle Tilfäldene var Udskrabningen af hurtig og evident Virkning, og i intet Tilfälde viste der sig nogen som helst ubehagelig Reaktion. Forf. gennemgår dernäst Indikationerne for Operationen og fremhäver navnlig dens store Betydning for Behandlingen af aborter og Abortrester.

F. Nyrop.

PIPPINGSKÖLD: **Om aflägsnandet af en fullständigt intrauterin tumör samt hemostasen därvid.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 265.

Sedan cervikalkanalen blifvit utvidgad genom laminariastift och HEGARS dilatatorer, genomkliptes lifmoderns sliddel tväsidigt ända till slidhvalfvet. Dessa tvänne insnitt gjordes oblodiga därigenom, att hvardera insnittet utfördes emellan tvänne långsträckta hämostatiska klämpincetter, hvilka longitudinelt applicerades med ena branchen in i cervikalkanalen och den andra på yttre sidan af sliddelen ända upp mot slidhvalfvet. Den lifmoderhålan fyllande och äfven öfre delen af cervix vidgande tumören neddrogs med klotång, och genom rundt ikring i tumören, i skrufformig stigning och under ständig, kraftig dragning gjorda insnitt med DUBOIS' dekapitationssax utvecklades småningom den förlängda svulsten, löstes från sitt fäste vid öfre och främre delen af uterinkaviteten och utkom. En hotande blödning, emedan lifmodern, med flere myomer i sin vägg, ej förmådde sammandraga sig, hämmades genom sköljning med iskyldt sublimatvatten (1 : 20,000). Tumören vägde 150 gm.

G. Heinricius.

O. ENGSTRÖM: **Spontan gangren hos uterus-fibroider.** Finska läkaresällskap. handl., bd 28, s. 357.

I. 47 år. Sedan 9 år uterintumörer. Stinkande flytning från genitalia, sensoriet oklart, puls ytterst svag, temp. något förhöjd. Uterus

betydligt förstorad, nående högt upp mellan symfysen och nafveln; port. vag. nästan utplånad, os ext. öppen för 3 finger, genom densamma kännes en svampig massa; med korntång uthemtades styckevis en gråhvit, stinkande, nekrotiskt sönderfallande fibroid af en stor knuten näfves storlek. Ingen blödning. Pat. tillfrisknade.

II. 43 år. Vagina starkt utvidgad af en hela lilla bäckenet uppfyllande, svampaktigt mjuk, lätt blödande tumör. Slidhvalfvet nås par vaginam lika litet som port. vag. Genom bukbetäckningarna kännes tumören ofvanom lilla bäckenet småningom afsmalna och öfvergå i lifmodern (in i cervikalkanalen). Uterus i stark elevationsställning, af 9 cms yttre längd och 6 cms bredd öfver cervix, med sin betydligt smalare fundus nående ett tvärfinger ofvan nafveln. Från vagina varigt, stinkande sekret. Frosskakningar, feber. Tumörens pedunkel genomskars med ekrasör. Från vagina utskaffades tumören sålunda, att den klöfs ett stycke uppåt och därefter roterades så, att den främre hälften till först under stark traktion passerade öfver perinæum, som trängde in i det klufna, samt därpå under fortsatt rotation den återstående delen. Tumörens nedersta del fläckvis gangrenescerande. Pat. tillfrisknade. *G. Heinricius.*

PIPPINGSKÖLD: **Tvänne fall af uterusfibroider.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 407.

I. Vid en ovariotomi hade funnits flere små, icke pedunkulerade fibroider, tämligen långt aflägsna från uterus; efter den klimakteriska ålderns inträde hade sannolikt dessa tumörer skrumpnat samt deras pedunkler förvandlats och resorberats.

II. Tumören utgående från bakre väggen af cervix och corpus uteri, nedtryckande bakre fornix, aflägsnades genom enukleation per vaginam genom bakre fornix utan att peritonæum lederades. Genom spiralformiga inklipp med sax förlängdes tumören, hvarefter större delen däraf utskalades med fingret. Den kvarblifvande hålan fyldes med jodoformbomull. Tumören vägde 1,000 gm. *G. Heinricius.*

G. HEINRICIUS: **Ett fall, där menstrualblodet passerar urinblåsan i stället för slidan.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 357.

Förf. hade, för att tillsluta en stor, efter partus uppkommen defekt af septum vesico-vaginale med förstöring af främre läppen af portio vaginalis, nödgats sy cervikalkanalen till inmynnande i urinblåsan. Efteråt inga olägenheter af att menstrualblodet flyter genom urinblåsan och urinröret. *G. Heinricius.*

C. D. JOSEPHSON: **Ureter-genitalfistlar hos kvinnan.** Hygiea 1887, s. 279.

Sedan författaren redogjort för ureternas topografiska anatomi och för metoderna att kliniskt undersöka dessa, meddelar han en kasuistik af alla i litteraturen förekommande fall af ureter-uterinfistlar och redogör i sammanhang därmed för ett dylikt fall, opereradt af prof. Netzel på Sabbatsbergs sjukhus. Pat., 24-årig, med bäckenförträngning, hade genomgått 3 svåra förlossningar, Under sista

puerperiet, partus fullbordad med tång, exsudatbildning i bäckenet och sedermera urininkontinens samtidigt mod normal urinering. Vänstra ureteren öppnade sig i cervix, kunde sonderas. Nefrektomi. Hälsa.

Förf. redogör därefter för uppkomsten, symptomen och behandlingen af dessa fistlar. Han antager möjligheten af en vid förlossningen skeende direkt sönderslitning af ureteren, om denna genom föregående inflammationsprocess blifvit fixerad till cervix, eller om genom långvarigt tryck under förlossningen en begynnande nekros inträdt. Fisteln kan äfven uppkomma under puerperium i följd af inflammationsprocess med abscessbildning eller nekrotisering af väfnaderna.

Som patognostiska symptom framhålles det ständiga urinflödet jämte normal urinering och möjligheten att med en färgad vätska utspänna blåsan, utan att den ofrivilligt afgående urinen undergår någon färgförändring. Som behandling förordas nefrektomi eller vid kontraindikation härför kolpokleisis.

Därefter meddelar förf. en kasuistik af 23 ureter-vaginal-fistlar, samlade ur literaturen, samt redogör för dessa fistlars etiologi, symptom och behandling, därvid omnämnande så väl äldre som nyare operationsmetoder. *Salin.*

G. M. BOLLING: **Atresia vaginæ congenita.** Hygiea 1886, s. 756.

Hos den 35-åriga, ogifta pat. hade vid 18 års ålder en abscess öppnat sig i vänstra glutealvecket, en fistelgång bildat sig, och pat. genom den sedermera menstruerat. Ingen vagina. Genom blåsan palperades uterus och dess annexer. *Salin.*

G. M. BOLLING: **Myoma uteri; operation; hälsa.** Hygiea 1886, s. 757.

Pat., 22-årig, hade haft betydliga blödningar. En stor tumör, som fylde lilla bäckenet, utfördes medelst en förlossningstång och afkliptes med sax. Blödningen obetydlig. Tillfrisknandet ostördt.

Salin.

O. ENGSTRÖM: **Ovariotomi under pågående hafvandeskap.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 192.

Pat., 38 år, VIII-para. Ovarialcystan intimt sammanväxt med främre bukväggen, väl en tvärhand åt hvardera sidan från linea alba samt från symfysen till 2 tvärfinger ofvanom nafveln. Cystans öfre del dessutom adherent till omentet i hela dess bredd, hvarföre detta underbands med talrika, i hvarandra gripande silkesligaturer. Pedunkeln vriden 2 hvarf kring sin axel. Multilokulär cysta utgående från högra ovariet. Tillfrisknandet ostördt. Operationen utfördes d. 29 januari 1885. Pat., gravid sedan d. 8 januari samma år, nedkom d. 28 nov. med en lefvande gosse. Hafvandeskap och förlossning normala.

G. Heinricius.

C. LEOPOLD: **Ett par fall af ovariotomi.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 332.

31 år, gift, 2 missfall, 1 barn. Tumören, hufvudstor, fritt rörlig, utgående från vänstra ovariet, stilus 6 cm. bred. Resultatet godt. Operationen utfördes i patientens, en linnespinneriarbeterska, hem.

G. Heinricius.

PIPPINGSKÖLD: **Om en öfverraskning vid afsedda ovariotomier jämte fall af unilokulära cystor.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 386.

Förf. anför 3 fall af cystor, där punktion blifvit utförd och fullständig resorbtion inträffat; anser att man efter en enda punktion och uttappning af det serösa eller subserösa innehållet från én enrummig, tunnväggad cysta, större eller mindre, kan, utan all öfverraskning, vänta en fullständig resorbtion. *G. Heinricius.*

R. IDMAN: **En dubbelsidig ovariotomi.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 364.

32 år, III-para. Uterus normal, det vänstra ovariets plats intages af en gåsäggstor tumör; i bukhålan en annan tumör af ett barnhufvuds storlek, lätt förskjutbar. Inga adherenser, hvardera stilus underbunden med silke. Hvardera tumören dermoidcysta, fyld af ett gröngult, till en tjock massa stelnande innehåll samt hår.

G. Heinricius.

G. HEINRICIUS: **Om den profylaktiska dränagen af peritonealhålan vid ovariotomi.** Kliniska och experimentela iakttagelser. Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 203.

Efter en historisk öfversigt af frågan om den profylaktiska dränagen af bukhålan vid ovariotomi, redogör förf. för ett af honom opereradt fall af ovarialtumör, där en dylik dränage af peritonealhålan ansågs indicerad och äfven utfördes. Sedan de olika sätten för utförandet af i fråga varande dränage blifvit omnämnda samt indikationerna för och emot den samma underkastade bedömande, framlägger förf. de försök på kaniner, han utfört, för att utröna hvilka patologiska förändringar en i bukhålan införd drän åstadkommer, och om dessa äro af den natur, att de göra dränens verkan mer eller mindre illusorisk. Af dessa försök framgår, att redan inom 24 timmar efter dränagen till följd af den retning i peritoneum dränröret framkallar en fin membran bildar sig omkring det samma. Denna membran når snart den fasthet, att redan 48 timmar efter det operativa ingreppet en insprutad lösning icke tränger genom membranen å bukhålan. Dränrörets lumen och sidoöppningar tillstoppas snart af varansamlingar, och de af den adhesiva peritoniten verkade sammanväxningarna af tarmar omkring dränröret bidraga ytterligare till dränens isolering. Redan på 5:te dagen har den dränröret omgifvande membranen nått en sådan tjocklek, att röret är inneslutet i denna, liksom i en kapsel. På grund af dessa experiment, så vidt försök på djur i ofvan nämndt syfte kunna tillämpas på förhållandet hos människan, samt på grund

af de förändringar, hvilka enligt den kliniska erfarenheten uppkomma efter en dränage af peritonealhålan, anser förf., att den profylaktiska dränagen af bukkaviteten vid ovariotomi bör i de allra flesta fall såsom onödig underlåtas, i synnerhet som den dessutom gör operationen mer komplicerad svårare, längre och farligare; i de få fall, där verkligen indikation därför förefinnes, bör, så framt icke sekretionen genom dränröret mot vanlighet är riklig, detta aflägsnas två dygn efter operationen, ty efter denna tid hindrar den kapselartade bildning, som uppstår omkring dränröret, i bukhålan möjligen befintlig vätska att utflyta. *G. Heinricius.*

O. ENGSTRÖM: **Fall af blåsmola.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 415.

35 år IV-para, fullgångna lefvande barn. Fundus uteri 2 tvärfinger ofvanom nafvel, fosterdelar ej palpabla, port. vag. nästan utplånad, modermun öppen för 2 finger; genom den samma framtränger en lös, flikig massa, som befinnes vara delar af en blåsmola. Sparsam, kontinuerlig blödning. Med 2 finger, införda i lifmoderhålan, uthemtas i större och mindre portioner blåsmolan fullständigt. Uterus kontraherade sig väl, och blödningén upphör. *G. Heinricius.*

OTTO ENGSTRÖM: **Till frågan om operativa behandlingen af diiatatio urethræ hos kvinnan.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 245.

Efter en kritik af de af RUTENBERG, B. SCHULTZE och PAWLIK föreslagna metoder att på operativ väg afhjälpa den till följd af urinrörets dilatation åstadkomna inkontinensen, redogör förf. för ett fall af dilatatio urethræ, hvilket af honom opererats med tillfredsställande resultat enligt den af FRANK och WINCKEL angifna metoden at excidera ett kilformigt stycke från septum urethro-vaginale i utsträckning från den yttre urinrörsmynningen ända till närheten af den inre, så att kilens rygg kommer att bildas af vaginas, dess ägg af urethras slemhinna; därefter hopsys det sålunda klufna urinröret, hvars lumen härigenom förtränges. För att emellertid ännu säkrare förebygga en möjlig försämring af inkontinensen genom ett, på en eller annan orsak beroende uteblifvande af läkning per primam intent., vidtog förf. i tvänne andra fall en liten modifikation af sist nämnda operationsmetod. I stället för att excidera det kilformiga stycket genom hela septum urethro-vaginale, inskränkte han sig till att göra excisionen blott intill urethras slemhinna, således genom vaginalslemhinnan och den del af urinrörets bakre vägg, som innehåller det sammas muskulära och elastiska lager. Den kilformiga excisionen kommer därvid att sträcka sig från den yttre urinrörsmynningen till närheten af den inre. Därifrån fortsättes uppfriskningen något grundare i längs- oval utsträckning bakåt. Såret hopsys därefter medelst tvärgående suturer på vanligt sätt. Skulle vid detta sätt att operera en prima intentio icke uppkomma, så kan man dock hoppas på en åsyftad utgång, ett botande af urininkontinensen, ty äfven vid en läkning per granulatio-

nem bör genom ärrtraktion urinröret komma att förträngas och afsedd kontinens ernås. Resultatet i de tvänne fallen ganska godt.

G. Heinricius.

Pediatrik: E. A. Homén: Fall af hemiplegia spastica infantilis. — J. W. Runeberg: Ett fall af hemiplegia spastica infantilis. — Pipping: Resultatet af de å barnafdelningen under 1885 gjorda trakeotomierna för krup. — A. Sell: Enuresis nocturna. — H. T. Manicus: Död ved Forblödning gennem en Åbning i Navlesnoren.

E. A. HOMÉN: **Fall af hemiplegia spastica infantilis.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 187.

En 13 års gosse hade vid 11 års ålder utan uppvisbar orsak ett krampanfall, åtföljdt af förlust af medvetandet och fullständig förlamning af vänstra armen och benet. Han låg ett par veckor till sängs med delvis stördt medvetande; allmänna tillståndet förbättrades småningom, men förlamningen i vänstra kroppshalfvan kvarstod. Pat. har en ostörd intelligens; cerebralnerverna funktionera normalt. Hela vänstra sidan är tydligt mindre utvecklad än den högra; vänstra armen är 2 och vänstra benet 3 till 4 cm. kortare än resp. extremiteter på högra sidan; likaså äro vänstra sidans extremiteter ett par cm. smalare än den högras. Armen och benet äro lätt rigida; den förra hålles böjd i armbågsleden samt tryckt mot sidan, fingrarna äro styft utsträckta; foten är i lätt plantarflexion och något varo-eqvinus ställning. Senreflexerna äro förhöjda, de elektriska fenomenen lika på hvardera sidan. Sensibiliteten är obetydligt nedsatt på vänstra armen och benet. Hjärtat och öfriga organ äro friska. Pat. förbättrades obetydligt under behandling med bad, massage och elektricitet.

R. Sievers.

J. W. RUNEBERG: **Ett fall af hemiplegia spastica infantilis.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 331.

Fallet gäller en 8 års flicka med höggradigt framträdande imbecillitet. Hon har en trång, från sidorna i tinningtrakten hoptryckt hufvudskål. Hela högra sidan är paretisk och efterblifven i utveckling. Armen är flekterad i armbågs- och handleden, underarmen i pronationsställning, fingrarna slappa. Den spastiska kontrakturen tillåter dock lederna att ofullständigt utsträckas. Alla armens ben äro kortare på den angripna sidan. Symptomen från benet äro analoga med dem från armen, ehuru ej så höggradigt framträdande. Pat. går tämligen väl, ehuru haltande. Sensibiliteten är bibehållen, senreflexerna stegrade. Pat. har de senaste månaderna haft krampanfall, förenade med medvetslöshet, till en början endast någon gång i veckan, sedermera 4 till 5 gånger dagligen.

Ur anamnesen framgår, att barnet 2 dagar efter förlossningen, som skedde med tång, bekommit munspärra och utbredd kramp, att förlamning och styfhet i högra armen och benet tidigt hade inträdt, och att talförmågan och öfriga psykiska förmögenheter hade utvecklats sent och ofullständigt. *R. Sievers.*

PIPPING: **Resultatet af de å barnafdelningen under 1885 gjorda trakeotomierna för krup.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 361.

I alt gjordes 10 operationer, däraf 6 med lycklig utgång. Åldern växlade mellan 2 och 5 år; vanligen fans samtidigt difteri i svalget. Förf. rekommenderar ångtält, men varnar för altför snabb öfvergång till kallare temperatur, och framhåller som exempel: ett 2½ års barn med krup och difteri i svalget, på hvilket krupsymptomen försvunnit under uppehåll å tältet, erhöll 10 timmar efter uttagandet därur, utan att temperaturen sukcessift minskats, å nyo krupsymptom, hvilka tvungo till trakeotomi. *A. Nordblad.*

A. SELL: **Enuresis nocturna.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 612.

Forf. mener i enkelte Tilfälde af denne Art at have set Nytte af tvekulsurt Natron, en strögen Teskefuld ved Sängetid.

G. G. Stage.

H. T. MANICUS: **Död ved Forblödning gennem en Åbning i Navlesnoren.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 351.

Forf. iagttog et sådant Tilfälde hos et ufuldbåret Barn af 4 Punds Vägt. Blödningen bemärkedes den förste Nat efter Födslen, og Barnet döde Dagen efter. Syfilis eller Hämofili fandtes ikke i Familien. Der opdagedes en oval Åbning på Funiklen, omtr. ½ cm. lang, tät op imod Underlivet. Randene däkkede af Blodkruster. Funiklen var i övrigt mager og skal väre bristet ved Udtagningen af placenta, så at Riften mulig skyldtes en abnorm Skörhed; mulig skyldtes den derimod Jordemoderens Sax. *G. G. Stage.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: Alfred Benzon, Carl Petersen, E. Esmann: Liquor ferri albuminati. — Chr. Ulrich: Nogle Bemärkninger i Anledning af D:r Chr. Jürgensens Artikler »Om nogle nyere Ködpeptoner». — E. V. Pallin: Fall af Jodolförgiftning. — N. P. Hamberg: Arseniksyrlighetens färändring i beröring med ruttnande ämnen. — H. P. Madsen: Fosforets Maximaldosis. — Rovsing: Har Jodoform en antituberknlös Virkning? — P. Panum: Sygegymnastik i Hjemmet. — E. T. Heiberg: Apotekernes Forhold til Kvaksalveri og Overtro.

ALFRED BENZON: **Liquor ferri albuminati.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 382, 466, 525 og 576.

CARL PETERSEN: D:o. A. St., S. 442, 494 og 554.

E. ESMANN: D:o. A. St., S. 416.

En Diskussion om den bedste Sammensätning og Fremstilling af dette Präparat. *Buntzen.*

CHR. ULRICH: **Nogle Bemärkninger i Anledning af Dr. Chr. Jürgensens Artikler "Om nogle nyere Ködpeptoner".** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15. S. 425.

Giver en kort Oversigt over de nyere Arbejder over Peptonernes Näringsvärdi. Er til Dels af polemisk Indhold. *Buntzen.*

E. V. PALLIN: **Fall af Jodolförgiftning.** Hygiea 1887, s. 323.

En 20-årig hemmansegare hade fistulösa sår i högra nyckelbenstrakten, blottadt ben och lösa benbitar kändes i dem. Sekvestrotomi företogs d. 1 april, såret beströddes med 5 gm jodol och förbands med sublimatträmassa. På kvällen fick pat. yrsel och ville afrifva bandaget. D. 2 april var han slö och apatisk; puls 136, liten och ojämn; temp. i anus 39°; kräkningar emellanåt, urin höll spår af ägghvita och gaf svag jodreaktion. Förbandet aftogs, såret sköljdes med borsyrelösning, inpudrade med vismutpulver och förbands å nyo; invärtes gafs stimulantia. Tillståndet dåligt under 4 dagar, därefter blef pat. så småningom bättre; d. 14:de var joden borta i urinen, men dock kvarstod något ägghvita, som sedan försvann. *Edgren.*

N. P. HAMBERG: **Arseniksyrlighetens förändring i beröring med ruttnande ämnen.** Bihang till K. sv. vetenskapsakademiens handlingar, bd 12, afd. II, n:r 3.

I ett, under flere år fortsatt försök fann förf., att vid förruttnelse af animala ämnen vid närvaro af arseniksyrlighet utvecklades under loppet af flere år gasformiga arsenikföreningar, hvarigenom en betydlig del, nämligen nära hälften af den ursprungliga arsenikmängden bortgick, och förf. anser det därför sannolikt, att arsenik, som finnes i ett lik, kan genom förruttnelseprocesserna minskas till sin mängd. Den

arsenik, som vid försökets slut, då arsenikhaltiga gaser upphört att utvecklas, fans kvar, hade öfverförts till arseniksyra.

K. Mörner.

H. P. MADSEN: **Fosforets Maximaldosis.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 438.

I Anledning af en i Tyskland forefalden Fosforforgiftning med letal Udgang, hvor PH. GERM.'s Maximaldosis ikke var overskreden, henleder M. Opmärksomheden på den i de forskellige Lande höjst variable dosis maxima. Da Fosforet anvendes meget mod rachitis hos Börn, gör Forf. opmärksom på, at den danske Farmakopé mangler dosis maxima for Börn.

Buntzen.

ROVSING: **Har Jodoform en antituberkulös Virkning?** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 337.

Forf. har ad experimentel Vej sögt at bringe Klarhed med Hensyn til ovenstående Spörgsmål og har dertil benyttet Indpodninger med jodoformbehandlet tuberkulöst Väv i forreste Öjenkammer hos Kaniner. Indpodningsmaterialet vandtes ved af en nylig dräbt tuberkulös Kanin under sädvanlige Kavteler at udklippe et lille Stykke Lungeväv med et miliärt Tuberkel; dette sammenältedes grundigt med 5 Gange så meget Jodoform og indpodedes derpå. Til Forsögene anvendtes 5 Kaniner; 3 af disse indpodedes på bägge Öjne med jodoformbehandlet miliärt Tuberkel, medens de 2 andre behandledes på samme Måde for det ene Öjes Vedkommende, medens der i det andet til Sammenligning indbragtes et rent Tuberkel. Resultaterne ere meddelte i let overskuelige Tabeller; Forf. resumerer dem i fölgende Sätninger: »1) Indpodningen af en ringe Mängde tuberkelholdigt Väv, ältet sammen med en forholdsvis betydelig Mängde Jodoform, har i alle Tilfälde (d. e. 8) haft Udbrud af lokal Tuberkulose til Fölge, efter hvilken universel Tuberkulose har indfundet sig. 2) Det lokale Udbrud af Tuberkulose synes i intet Tilfälde forsinket eller svækket i Kraft ved Jodoformens Indvirkning; tvärt imod iagttoges i de 2 Tilfälde, hvor der samtidig indbragtes jodoformbehandlet Tuberkel i det ene Öje og rent Tuberkel i det andet, en flere Dage tidligere Frembryden af den lokale Tuberkulose på det med Jodoform-Tuberkel behandlede Öje, ligesom dette Öje også hurtigere destrueredes.» Heraf slutter Forf., »1) at Jodoformen ingen som helst Indflydelse har på Tuberkelbacillernes Levedygtighed, selv om den, inderligt sammenblandet med dem, i 14 Dage får Lejlighed til at udfolde sine Virkninger inde i Legemet på et Sted, hvor ikke blot det levende Väv, men endog Lysets uhindrede Adgang efter de gängse Teorier skulde begunstige en rigelig Jodudskillelse; 2) at Jodoformen synes at virke irriterende på Vävene, i alt Fald på de sensiblere Väv, som iris, og at den fremkaldte Irritationstilstand synes at göre Vävet til en bedre Jordbund for Tuberkulosen».

Jens Schou.

P. PANUM: **Sygegymnastik i Hjemmet.** En kortfattet Vejledning, 95 S. med 70 Afbildninger. København 1887.

I Indledningen udtaler Forf. som Hensigten med sit Arbejde at bidrage sit til at foröge Interessen for Sygegymnastikken her hjemme. Efter at have givet nogle historiske Notitser om Sygegymnastikkens Udvikling og särlig dvälet ved det svenske LINGske System, går Forf. over til at omtale Gymnastikkens Indvirkning på Legemet, i det han först gennemgår de forskellige Organers fysiologiske Betydning og dernäst påviser Gymnastikkens Betydning for og Indvirkning på Organerne under patologiske Forandringer.

I et fölgende kort Kapitel gives Anvisning til Benyttelse af Sygegymnastik i Hjemmet. Dernäst gås over til Beskrivelsen af de enkelte Övelser med Henvisning til deres specielle Virkning. Beskrivelsen af de forskellige Övelser er nästen altid ledsaget af tydelige og meget anskuelige Afbildninger.

I Slutningskapitlet har Forf. ordnet Övelserne i Grupper efter deres Indvirkning på de forskellige Lidelser, imod hvilke de kunne anvendes, og har som Exempler tilföjet Recepter for enkelte Sygdomme. *Edw. Ipsen.*

E. T. HEIBERG: **Apotekernes Forhold til Kvaksalveri og Overtro.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 441.

En Opfordring til Danmarks Apotekere om at nägte Udleveringen af Kvaksalverrecepter. *Buntzen.*

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: ELIAS HEYMAN: Om hygienens ställning vid den medicinska undervisningen. — HANS KAARSBERG: Lægestandens sociale Stilling. — Lägernes ökonomiske Stilling. — V. INGERSLEV, BIERNIG: Lägernes ökonomiske Stilling. — KJÆR, E. MADSEN, V. BUDDE: Massörer som Kvaksalvere. — JUL. PETERSEN: De Köbenhavnske Sygekasser og deres Forhold til Lägerne. — P. A. LEVIN: Hvad tillhör läkareyrkets män att göra för motarbetande af superiseden inom alla folkklasser i vårt land. — E. W. WRETLIND: Hvilka maximer böra gälla för läkarens ordinationer inom det sexuela området. — J. CARLSEN: Nogle Oplysninger om Medicinalforholdene, specielt Jordemoderväsenet, i Danmark i Begyndelsen af dette Århundrede. — W. DITZEL: Uoverensstemmelsen mellem Jordemödrenes Protokoller og Prästernes Indberetninger. — O. M. GIERSING: Er det tilrådeligt, at en Jordemoder, som lider af konstitutionel Syfilis, vedbliver at praktisere. — Om Sundhedslovgivningen i forskellige Lande med särligt Hensyn til Danmarks. — A. M. SELLING: Om gällande hälsovårdsförfattningars betydelse och tillämpning i rikets landskommuner åren 1875—1884. — KAROLINA WIDERSTRÖM: Hygieniska drägter för kvinnor och barn. — WILHELM DAHLGREN: Om varmluftssystemet för ventilation och uppvärmning samt vilkoren för det sammas ändamålsenlighet. — Om Bygningen af nye Hospitaler i Köbenhavns Amt. — KLAS LINROTH: Om animal vakcination. — O. FRÖMAN: Förslag till föreskrifter rörande afloppsledningar i tomt och hus. — KLAS LINROTH: 1886 års erfarenhet från ympanstalten för animal vakcin i Stockholm. — GUSTAF KJERRULF: Om anstalter för animal vakcin i några af Europas större städer. — R. WAWRINSKY: Stockholms mjölkkommission. — VICT. MOSSBERG: Är det önskligt att tillfälle till likbränning återinföres hos oss, åtminstone i våra mera folkrika städer. — R. A. WAWRINSKY: Olägenheterna af kloakvattens utsläppande i vattendrag och medlen till dessa olägenheters förekommande. — K. LINROTH: Fall af lysgasförgiftning till följd af läckor på i marken nedlagda gasledningsrör. — SUCKSDORFF: Om vattenundersökningar. — VILH. SUCKSDORF: Den kvantitativa bakteriologiska undersökningens värde för bedömandet af vattnets beskaffenhet. — H. E. SELANDER: Luftundersökningar vid Waxholm. — OTTO PETTERSSON och AUGUSTA PALMQUIST: Beskrifning å en apparat för bestämning af luftens kolsyrehalt. — KLAS LINROTH: Hvad kan göras för epidemiers förekommande i städer. — I. E. BERGVALL: Huru skall en epidemi på landsbygden bekämpas. — R. WAWRINSKY: Hygieniska notiser, samlade under en resa i utlandet. — KLAS LINROTH: Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1886, och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd. — T. M. TRAUTNER: Om Statistikken over Ulykkestilfälde ved Maskiner. — E. ALMQUIST: Några sidor af den svenska sjuklighetsstatistikens betydelse. — F. C. KJÆR: Nogle Massageforhold ved Lungesvindsot.

ELIAS HEYMAN: **Om hygienens ställning vid den medicinska undervisningen.** Första allmänna svenska läkaremötet i Jönköping. 1886, sid. 18.

Förf. sammanfattar de olika åsigter, som af lärarne vid Sverges tre medicinska läroverk uttalats rörande lämpligheten att upptaga hygienen såsom obligatoriskt examensämne i läkarekursen, hvarom förslag utgått från Karolinska institetets lärarekollegium. Detta förslag tillstyrktes af med. fakulteten i Lund men afstyrktes af fakulteten i

Upsala på den grund, att läkarena studiekurs redan vore alt för lång för att medgifva ytterligare tillägg af examensfordringar. Medgifvande vigten af detta skäl, söker förf. visa hvilka orsakerna äro till den långa studietiden vid de svenska medicinska läroverken, och huru denna utan men för läkarens utbildning kan förkortas, åtminstone så mycket, att rum beredes för hygienen. I synnerhet framhålles härvid, att genom en ändamålsenligare anordning af de förberedande studierna, än hvad nu är fallet, och genom minskade fordringar i farmakologien en ej obetydlig tid kan sparas. Författaren redogör slutligen för de grunder, efter hvilka en undervisningsplan i ämnet bör anordnas.

Med anledning af detta föredrag yttrade sig i diskussionen generaldirektör ALMÉN, prof:na LINDGREN, ÖDMANSSON, KJELLBERG, JÄDERHOLM och HENSCHEN samt d:rna LINROTH och ALMQUIST, hvilka alla, med undantag af den först nämnde, tillstyrkte hygienen såsom obligatoriskt undervisnings- och examensämne vid de medicinska läroverken. I öfverensstämmelse härmed blef äfven den af mötet fattade resolutionen, hvilken lydde:

»I betraktande af hygienens vigt för samhället och läkarens ararbete till samhällets nytta, anser mötet, att hygienen bör icke allenast ingå i undervisningen vid alla de medicinska läroverken, utan äfven den blifvande läkarens kunskaper däri i examen pröfvas, och att för den skull hygienen bör vid hvardera af de medicinska läroverken ha sin särskilda målsman.» *E. Heyman.*

HANS KAARSBERG: **Lägestandens sociale Stilling.** Ugeskrift for Läger. R. 4, Bd 15, S. 509, 537.

Lägernes ökonomiske Stilling. A. st., S. 573.

V. INGERSLEV, BIERNIG: **Lägernes ökonomiske Stilling.** A. st. S. 626, 649.

Fortsättelse af den tidligere om samme Ämne i Ugeskrift for Läger förte Diskussion (se Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 7, S. 44 og N:r 13, S. 38). — De ovenfor anförte Artikler omhandle navnlig de ikke längere tidsvarende Bestemmelser om Lägehonorarer, de forskellige Måder, hvorpå Lägerne unddrages Vederlag for deres Arbejde, Lägernes Forhold til Sygekasserne og Nödvendigheden af en Sammenslutning af alle Landets Läger med standslige Formål.

Joh. Möller.

KJÄR, E. MADSEN, V. BUDDE: **Massörer som Kvaksalvere.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15. S. 601, 632, 654. — Bd 16, S. 6, 7.

Et närmere refereret og diskuteret Tilfälde, hvor en Attest, meddelt en Kone for Färdighed i at udöve Massage, blev misbrugt til Reklame for kvaksalverisk Virksomhed, giver BUDDE Anledning til at anbefale Lägerne i en langt större Udsträkning end hidtil selv at tage Udövelse af Massage i egen Hånd i Steden for at overlade den til läge Massörer. *Joh. Möller.*

JUL. PETERSEN: **De Köbenhavnske Sygekasser og deres Forhold til Lägerne.** Ugeskrift for Läger. R. 4, Bd 15, S. 369.

Forf. påviser flere Ulämper, der efterhånden have häftet sig ved den i övrigt for Samfundet så vigtige og velsignelsesrige Sygekasse-Institution, således de urimelig lave Betalningsvilkår, der bydes Lägerne på samme Tid, som det efterhånden er blevet almindeligt, at Sygekasserne ikke alene optage den fattige Befolkning, for hvem de ere bestemte, men også velstillede Familier, der ad denne Vej söge at slippe til billig Lägehjälp; end videre den Sädvane, der mere og mere gör sig gäldende uden at kunne forhindres, at Sygehjälpen ikke söges alene i egentlige Sygdomstilfälde, men også i de Svagelighedstilstande, der så let indfinde sig hos den äldre, forslidte Arbejder uden egentlig Sygdom, hvilken Invaliditetshjälp hårdt betynger mange Sygekassers Budget og truer med at göre dem insolvente; endelig Sygekassernes mangelfulde Organisation og Administration. Her må efter Forf:s Mening Staten träde til som kontrollerende og direkte stöttende. *Joh. Möller.*

P. A. LEVIN: **Hvad tillhör läkareyrkets män att göra för motarbetande af superiseden inom alla folkklasser i vårt land?** Första allmänna sv. läkaremötet i Jönköping, 1886, sid. 163.

Förf:s erfarenhet har visat honom, att läkarnes råd till patienter att föra »hög diet», att »lefva högt» ej sällan leder till ett sådant missbruk af spirituosa, att kronisk alkoholism däraf blifvit en följd. Förf. framhåller därför nödvändigheten af att med största varsamhet och reservation lemna detta råd, framför alt till viljesvaga personer. Vidare betonar han vigten af *absolut återhållsamhet* för till hälsan återstälda forna drinkare, och att läkaren ej i detta hänseende dagtingar med pat. Slutligen uttalar förf. en afgjord förkastelsedom öfver den suparens behandling, som går ut på att småningom afvänja från alkoholbruket; afbrottet både kan utan fara och bör ske tvärt.

E. Heyman.

E. W. WRETLIND: **Hvilka maximer böra gälla för läkarens ordinationer inom det sexuela området?** Eira 1887, sid. 227.

Frågan huruvida läkaren bör tillråda patienter, som lida af sjukliga följder af otillfredsstäld könsdrift, att lyda dennas maning, äfven om detta ej kan ske inom äktenskapet, besvarar förf. nekande. Läkarens uppgift i dylika fall är »att nedsätta den sexuela retningen till behörigt mått och häfva den slapphet, som är närmaste orsaken.» Medlen härtill äro vattenbehandling, sjukgymnastik och diverse medikamentösa medel samt reglerandet af patientens lefnadssätt såväl i kroppsligt som andligt afseende. — I fråga om preventiva åtgärder mot hafvandeskap anser förf. dem från alla synpunkter förkastliga och deras tillrådande läkaren ovärdigt. *E. Heyman.*

J. CARLSEN: **Nogle Oplysninger om Medicinalforholdene, specielt Jordemoderväsenet i Danmark i Begyndelsen af dette Århundrede.** Ugeskrift f. Läger. R. 4, Bd 15, S. 565, 593.

Disse medicinalhistoriske og kulturhistoriske Meddelelser giver Forf. efter de trykte äldste Medicinalberetninger fra Landets Läger til Sudhedskollegiet. Forf. viser navnlig, hvorledes de uddannede og examinerede Jordemödre, der som Fölge af Födselsvidenskabens betydelige Udvikling i sidste Halvdel af forrige Århundrede efterhånden anbragtes og ansattes, navnlig i Köbstäderne og på de större Godser, havde en hård Kamp at bestå med de talrige ikke uddannede Kvinder, som hidtil hade besörget al Födselshjälp, og til hvilke i Särdeleshed Almuen i lang Tid vedblev at have langt större Tillid. Dette forklarer en Fysikus i sin Medicinalberetning at väre en Fölge af, at »den uexaminerede viser en tilsyneladende gavnlig, travl Virksomhed med allehånde Manipulationer, Pirringer, Udvidelser, hvilke anses for herlige Befordringsmidler til Födslens hurtige Tilendebringelse, medens den examinerede forholder sig rolig i örkeslös Tilskuen. Den uexaminerede haster med Efterbyrdens Borttagelse og går almindelig strax op med Hånden i Moderen for at uddrage den, den examinerede töver dermed og oppebier Naturens Besträbelser. Denne Bien anses som Mangel på Kundskab og Färdighed.» Det gik derfor kun langsomt med Anbringelse af examinerede Jordemödre, navnlig på Landet, skönt Myndighederne sögte at stötte disse ved stränge Tvangsbestemmelser og Mulkter, — hvad der närmest kun forögede Befolkningens Uvilje mod dem. I Köbenhavn gik det forholdsvis hurtigst fremad, så at her ved dette Århundredes Begyndelse, efter at den Forordning, som indskränker Jordemödrenes Antal til 60, 1795 var hävet, fandtes 91 Jordemödre. Forf. giver derefter en Skildring af den Reform, der gennemförtes ved Reglementet af 21 Novbr. 1810, hvorved hele Landet blev inddelt i Jordemoderdistrikter og der blev tillagt de ansatte Jordemödre en fast årlig Lön og visse Emolumenter foruden en fast Betaling for hver Födsel.

I Afhandlingens Slutning dväler Forf. ved andre Medicinalforhold i Danmark og navnlig ved Provindslägernes dårlige ökonomiske Forhold i det angivne Tidsrum, hvor Masser af kloge Koner, Präster og andre Kvaksalvere endnu vare i Besiddelse af den meste, navnlig medicinske Praxis og nöde en udsträkt Tillid hos Befolkningen. Der meddeles til Oplysning heraf efter Medicinalberetningerne flere slående og drastiske Udtalelser af Landets Läger. Apotekernes Stilling viser sig også at have väret lidet tilfredsstillende. *Jul. Petersen.*

W. DITZEL: **Uoverensstemmelsen mellem Jordemödrenes Protokoller og Prästernes Indberetninger.** Ugeskr. f. Läger. R. 4, B. XV, S. 377.

BIERING: **Uoverensstemmelserne mellem Jordemödrenes Protokoller og Prästernes Indberetninger.** Ugeskr. f. Läger. R. 4, B. XV, S. 440.

Diskussion om Nödvendigheden af og Midler til at utöve en Kontrol med Optegnelserne i de af Jordemödrene förte Födselsjournaler og til at tilvejebringe Overensstemmelse mellem disse Optegnelser og Prästernes Indberetninger om levende födte. *Emil Madsen.*

O. M. GIERSING: **Er det tilrådeligt, at en Jordemoder, som lider af konstitutionel Syfilis, vedbliver at praktisere?** Ugeskrift for Läger. R. 4, Bd 15, S. 463.

I Anledning af nogle tidligere Artikler om samme Ämne (se Nord. med. Arkiv, Bd 19, Nr 20, S. 37) söger G. at vise det farlige i overhovedet at tillade syfilitiske Jordemödre, selv om de ere udskrevne helbredede efter Behandling på et Hospital, at udöve deres Virksomhed.

Joh. Möller.

Om Sundhedslovgivningen i forskellige Lande med särligt Hensyn til Danmarks. Ugeskrift for Läger. R. 4, Bd 15, S. 453, 481.

En Artikel af Ugeskriftets Redaktion, som efter en kort Oversigt over Sundhedslovgivningen i England, Frankrig, Tyskland, Norge og Sverige undersöger sammes Tilstand i Danmark og kommer til det Resultat, at Ordningen af denne Del af Lovgivningen i sist nävnte Land på alle dens forskellige Trin er foråldet og standset i sin Udvikling. Årsagen hertil söger Red. hovedsagelig i den manglende Interesse for den offentlige Sundhedspleje; Hygiejnen indtager kun en meget underordnet Stilling ved Köbenhavns Universitetet og er her som under andre Forhold (Sundhedskollegiets og Embedslägernes Funktioner) på en uheldig Måde sammenkädet med Retsmedicinen. Den mangelfulde og ikke längere tidsvarende Organisation af det offentlige Sundhedsväsen påvises närmere med Hensyn til Sundhedskollegiet og Sundhedspolitiet. Det beklages, at den grundige Betänkning, der i 1857 afgaves af en til Afgivelse af Forslag om Sundhedväsenets Ordning nedsat Kommission, og det vel udarbejdede Forslag til Lov om Sundhedspolitiet, der samme År forelagdes Rigsdagen af Justitsministeriet, kun have fört til meget mangelfulde Lovbestemmelser (af 12 Januar 1858 og 28 Marts 1868) om Tilvejebringelsen af Sundhedsvedtägter, hvilke Kommunerne selv efter Forgodtbefindende kunne vedtage eller ophäve.

Joh. Möller.

A. M. SELLING: **Om gällande hälsovårdsförfattningars betydelse och tillämpning i rikets landskommuner åren 1875—1884.** Afhandl. för vinnande af med. doktorsgrad. Stockholm 1887.

Efter en inledande allmän betraktelse öfver hygienens mål och omfattning ådagalägger förf. med stöd af åtskilliga exempel, hemtade från senare års officiela underrättelser rörande hälsovården inom landet, att äfven landsbygden i likhet med städerna har behof af en ordnad hälsovård och hygienisk tillsyn. Därefter granskas hälsovårdsstadgans bestämmelser i de delar, som särskildt röra landsbygden, hvarvid förf. i synnerhet framhåller otillräckligheten af bestämmelserna, rörande läkarens ställning till kommunalnämnden och de svårigheter, som för honom i följd däraf uppstå att åstadkomma sanitära förbättringar. En sammanställning af alt, som officielt meddelats i rapporter till medicinalstyrelsen om hälsovårdsförhållandena på landsbygden under hälsovårdsstadgans tioåriga tillvaro från 1875 till 1884, visar, enligt förf:s mening, att visserligen en svag kraftyttring till åstadkommande af reformer under de första åren yppat sig i en del kommuner, men att

på senare tid ingenting uträttats. — I ett följande kapitel lemnas en vidlyftig statistik öfver smittosjukdomarnas utbredning under nämnda tid, enligt officiela uppgifter, hvilkas otillförlitlighet och ringa värde som statistiskt material förf. påpekar. Uti en kritisk framställning af epidemistadgan, hvad dess tillämpning i landskommunerna angår, visar förf., att en verksam profylax, åtminstone under nuvarande förhållanden, knappast är möjlig, och att endast i sällsynta fall något uträttats i detta syfte. *E. Heyman.*

KAROLINA WIDERSTRÖM, med. kand. **Hygieniska drägter för kvinnor och barn.** Hygiea. Sv. Läkaresällsk. förh. 1887, sid. 119.

Såsom ombud för en i Stockholm bildad förening till främjande af en ändamålsenligare och sundare beklädnad för kvinnor förevisade fröken W. i Sv. läk.-sällsk. åtskilliga modeller till kvinliga underkläder och skodon och beledsagade denna förevisning med ett anförande, hvari hon framhöll dels de hittils brukliga underklädernas hygieniska brister, dels betydelsen af de gjorda förändringarna. De omdömen om modellernas lämplighet, som under en därpå följande diskussion fäldes, voro så godt som enstämmigt gynsamma.

E. Heyman.

WILHELM DAHLGREN, civilingeniör: **Om varmluftsystemet för ventilation och uppvärmning samt vilkoren för det sammas ändamålsenlighet.** Föredrag i Stockholms hälsovårdsförening jämte diskussion i ämnet. Stockholm 1887.

Innehåller en kritisk framställning af varmluftssystemets hygieniska och praktiska sidor, från hvilka synpunkter alla hit hörande detaljanordningar skärskådas. Såsom slutomdöme uppställer förf. följande satser: Varmluftsystemet erbjuder den stora fördelen af en ojämförligt billigare anläggningskostnad än något annat uppvärmnings- och ventilationssystem; det är lättskött och medför inga faror för explosion eller otätheter, såsom ång- och vattensystem; det medgifver ett enkelt sätt att åstadkomma en kraftig och oafbruten ventilation samt är på dessa grunder särdeles lämpligt för skolor, mindre sjukhus, fabriker, samlingssalar o. s. v.; det är däremot icke lämpligt för lokaler, som hafva föga behof af ventilation, men som ej kunna hafva gemensamt luftcirkulationssystem, ej häller för mycket stora etablissement.

Uti ett därpå följande anförande af lektor O. E. WESTIN framhållas de vigtigaste anledningarna till luftens förorening i en luftvarmsapparat, i följd hvaraf denne ventilationsingeniör sammanfattar vilkoren, under hvilka varmluftsystemet kan vara att förorda. Af dessa må de vigtigaste anföras: källarebottnen i de rum, där luftkamrarna gå, får ej vara besvärad af grundvatten; varmkammare och kanaler måste göras fullt täta mot grundluftens inträngande; varmkamrarna måste vara bekvämt tillgängliga för rengöring och kontroll; temperaturen å värmedelande ytor måste hållas lägre än 140°; eldningsrummet måste vara åtskildt från varmkammaren; förbränningen i eldstaden bör kunna fortgå dygnet om utan att erfordra tillsyn mera än några få gånger på dygnet; varmluftkanalernas mynningar i rummen

böra förläggas minst 2 meter från golfvet; de yttre öppningarna till de till varmkammaren ledande friskluftkanalerna skola anbringas på ställen, där ingen förorening af luften kan ega rum; luften bör kunna hållas vid lämplig fuktighetshalt, och först och sist böra anordningarna vara sådana, att den omsorgsfullaste renlighet kan vidmakthållas å alla ställen, där luften skall passera.

En särdeles liflig diskussion följde härefter, belysande åtskilliga enskildheter af det föredragna ämnet, i hvilken diskussion deltogo d:r LINROTH, gen.-dir. ALMÉN, prof. HEYMAN och d:r WAWRINSKY.

E. Heyman.

Om Bygningen af nye Hospitaler i Köbenhavns Amt. Ugeskrift for Læger, R. 4, Bd 15, S. 341, 397, 520.

I Anledning af den påtänkte Opförelse af et nyt Sygehus for Köbenhavns Amt fremkom der i det af Amtsrådet nedsatte Udvalg to afvigende Forslag, i det et Mindretal (2 Medlemmer) vilde bygge et enkelt, stort Hospital på en Amtet tilhörende Grund i selve Hovedstaden, medens Flertallet (3 Medlemmer) derimod foretrak 3 mindre Sygehuse på forskellige Steder i Amtsrådskredsen. Ugeskriftets Redaktion tilråder afgjort den sidste Plan, i det Redaktionen söger at påvise den til det enkelte större Hospital udsete Grunds mindre gode Beskaffenhed, dens utilsträkkelige Störrelse og dens uheldige Beliggenhed i et tätbefolket Hovedstadskvarter, samt fremhäver, at det er langt mere stemmende med Nutidens Hospitalshygiejne at bygge flere mindre Sygehuse end et enkelt större; heller ikke vil Bekostningen ved Opförelsen og Administrationen samt Ökonomien blive större ved hine end ved dette, således som man har antaget; tvärt imod vil efter de Erfaringer, der meddeles fra forskellige nyopförte, mindre Sygehuse i Landet, det modsatte snarere blive Tilfäldet. Adgangen til Sygehushjälp vil lettes og Sögningen väntelig foröges ved flere Sygehuse, spredte omkring i Amtsrådskredsen. — Med Hensyn til Bygningssystemet henleder Red. Opmärksomheden på de cirkuläre Pavilloner og meddeler en Beskrivelse af enkelte efter dette System opförte Hospitaler fra den nyere Tid (Antwerpens nye Kommunehospital og Sygehuset i Bjuf). *Joh. Möller.*

KLAS LINROTH: **Om animal vakcination.**

O. FRÖMAN: **Förslag till föreskrifter rörande afloppsledningar i tomt och hus.**

Tvänne föredrag jämte diskussioner i Hälsovårdsföreningen i Stockholm. Stockholm 1887.

I den förra af dessa uppsatser lemnas, jämte en kort historik öfver den animala vakcinationen, en framställning af de företräden i sanitärt hänseende, denna metod erbjuder framför vakcinationen med humaniserad lymfa.

Den senare behandlar frågan om behofvet af lagstadganden angående anordningar inom hus för smutsvattens afledande, hvilket behof för Stockholm ådagaläggas genom resultatet af de undersökningar, som af hälsopolisen på senare tid utförts. Dessa gåfvo vid handen, att

ett betydligt antal hus inom staden företedde bristfälliga och sanitärt skadliga afloppsledningar. Ett fullständigt förslag till reglemente lemnas i en bilaga. *E. Heyman.*

KLAS LINROTH: **1886 års erfarenhet från ympanstalten för animal vakcin i Stockholm.** Hygiea 1887, s. 474.

Omfattningen af anstaltens verksamhet har varit vida större än förut, men resultatet har varit något mindre gynsamt än förra året med hänsyn till antalet lyckade ympningar på barn med den från anstalten utlemnade lymfan. Af 2,261 med animal vakcin verkstälda ympningar hafva (om 40 fall, som uppgifvas hafva lyckats först efter förnyad ympning, medräknas) 5 % misslyckats (mot 2,2 % 1885). Orsaken härtill antages vara, att den i början af vakcinationsperioden, i april månad, utlemnade kalfvakcinen var mindre god, emedan den då först ympade kalfven hade vakcinerats med ett halft år gammal lymfa. Sedan numera tillfälle beredts att uppvärma det vakcinationsanstalten tillhörande stallet, så att ympningen af kalfvar äfven kan fortgå under vintern, och sedan den erfarenhet vunnits, att kalfvarnas skattning på vakcin 5:te eller 6:te dygnet lemnar en verksammare lymfa, än om den samma, såsom förut var fallet, sker på det 4:de, hoppas förste stadsläkaren, att, så väl häraf som i följd af ympämnets omsorgsfullare preparation än i början, en lymfa skall kunna utlemnas, som ej lemnar något öfrigt att önska, och att ympanstalten skall tillvinna sig ett alt större och större förtroende. Till en början endast afsedd för Stockholms kommun och på dess bekostnad underhållen, har anstalten under år 1886 med det nya ympämnet försedt så väl enskilde läkare i olika landsdelar som äfven medicinalstyrelsen, hvilken därmed låtit anställa försök vid vakcindepoterna och vid revakcinationen af rekryter. *E. Heyman.*

GUSTAF KJERRULF: **Om anstalter för animal vakcin i några af Europas större städer.** Hygiea 1887, s. 397.

Såsom utdrag af en reseberättelse meddelas beskrifning på sådana anstalter i Bruxelles, Linz, Stuttgart, Paris, Rotterdam, Hamburg, Dresden och Bremen, hvarvid redogöres för anordningarna inom anstalterna, djurens behandling och diet, operationstekniken, vakcinens behandling och förvaring m. m. *E. Heyman.*

R. WAWRINSKY: **Stockholms mjölkkommission.** Hygiea 1887, s. 269.

Innehåller allmänna föreskrifter för de under Stockholms mjölkkommissions kontroll stående ladugårdar, hvilken kommission är vald delvis af Svenska läkaresällskapet och delvis af Stockholms hälsovårdsnämnd. Föreskrifterna angå ladugårdens hygieniska beskaffenhet, djurens utfodring, öfvervakandet af deras hälsotillstånd, mjölkens behandling samt hvad som är att iakttaga, då fall af smittosam sjukdom yppar sig bland gårdsfolket. Kontrollen utöfvas närmast af en läkare, en veterinär och en kemist. *E. Heyman*

VICT. MOSSBERG: **Är det önskligt, att tillfälle till likförbränning åter införes hos oss, åtminstone i våra mera folkrika städer?** Första allmänna svenska läkaremötet i Jönköping. 1886, s. 71.

Med en kort betraktelse öfver likförbränningen från hygienisk, ekonomisk, estetisk och rättsmedicinsk synpunkt afsåg föredraget att framkalla en opinionsyttring från läkaremötet, hvilken dock mötet ej ansåg lämpligt afgifva. *E. Heyman.*

R. A. WAWRINSKY: **Olägenheterna af kloakvattens utsläppande i vattendrag och medlen till dessa olägenheters förekommande.** Föredrag i Stockholms hälsovårdsförening jämte diskussion i ämnet. Stockholm 1887.

Sedan förf. gifvit en öfversigt af de undersökningar, som i anledning af denna fråga verkstälts i England, beskrifvas de olika metoder, som användts med någon framgång till kloakvattnets rening. Irrigationsmetodens grunder, vilkor och teknik framställas i synnerhet utförligt, och enskildheterna belysas med exempel, hemtade från Berlins, Danzigs och Breslaus anordningar. Vidare redogöres för de på olika ställen gjorda försöken att med kemiska och mekaniska medel rena kloakvattnet. — I diskussionen, som följde på detta föredrag, lemnas ett och annat meddelande, som ytterligare belyser ämnet.

E. Heyman.

K. LINROTH: **Fall af lysgasförgiftning till följd af läckor på i marken nedlagda gasledningsrör.** Hygiea 1887. Sv. läkaresällsk. förhandl., sid. 106.

I ett fattighus på Södermalm i Stockholm funnos 6 ålderstigna hjon d. 11 jan. på morgonen döda till följd af i rummen utifrån inträngd lysgas. Logementen begränsades på två sidor af ytterväggar, på den tredje af en kall förstuga och endast på den fjärde, den längst från gatan liggande, af andra bostadsrum. De lågo i bottenvåningen och så lågt, att trossbotten delvis befann sig under eller i jämnbredd med gatans nivå. Under rummen var en hvälfd källare, dit ingen gas inträngt, hvaremot detta var fallet i en källare, som låg under förstugan. Antingen härifrån eller direkt genom trossbotten hade gasen inträngt i rummen. Läckan i hufvudröret på gatan förefans på ett afstånd från rummens ytterväggar af 10 till 12 fot. Förf. fäster uppmärksamhet på, huruledes detta, liksom ett annat dylikt af d:r WARFVINGE år 1885 meddeladt fall, talar för det af PETTENKOFER angifna förklaringssättet för uppkomsten af sådana olyckshändelser. I båda fallen voro de för gasinströmningen utsatta uppvärmda rummen omgifna af gator och kalla portgångar, i följd hvaraf den med lysgas mättade grundluften tvingades in i de rum, där motståndet på grund af den högre temperaturen var minst. *E. Heyman.*

W. SUCKSDORFF: **Om vattenundersökningar.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 270.

Förf. framhåller, att icke blott kemisk utan äfven bakteriologisk analys är nödvändig för bedömande af dricks- och hushållsvattens renhet och oskadlighet för hälsan. *L. W. Fagerlund.*

V. SUCKSDORFF: **Den kvantitativa bakteriologiska vattenundersökningens värde för bedömande af vattnets beskaffenhet.** Akademisk afhandl. Lovisa 1886, s. 81.

Sedan införandet af KOCHS »plattenkulturen» möjliggjort en allmännare användning af den bakteriologiska vattenundersökningen i hygienens tjänst, har man mångenstädes begynt, att från antalet i kulturerna uppkomna kolonier draga slutsatser om vattnets användbarhet som dricksvatten. De grunder, på hvilka man därvid stöder sig, förutsätta emellertid, att antalet uppkomna kolonier verkligen motsvarar antalet mikroorganismer i vattnet. För att utröna, huruvida detta verkligen är fallet, har förf. vid hygieniska institutet i Leipzig åren 1884—85 utfört en mängd undersökningar, hvilkas resultat framläggas i nämnda afhandling. Efter en kortfattad historik öfver den bakteriologiska vattenundersökningens utveckling och en noggrann beskrifning af de metoder — gelatinets utgjutande på stora flata urglas i stället för glasskifvor — han användt, följer en serie försöksresultat, hvilka visa, att de uti kulturerna uppkomna bakteriekolonierna till antalet blott sällan, om ens någonsin, fullt motsvara antalet i vattnet verkligen förekommande utvecklingsförmögna mikroorganismer. Detta har sin grund dels i själfva den använda kulturmetoden, beroende af kulturkärlets form: i profrör utveckla sig, ceteris paribus, ett större antal kolonier än på urglas och glasskifvor, och på urglas ett större antal än på glasskifvor; tillväxttidens längd: ju längre kulturerna få stå, desto flere kolonier uppkomma; närgelatinets reaktion: största antalet kulturer uppkomma i alkaliskt, minsta antalet i surt reagerande gelatin; dels, och i ännu högre grad, ligger orsaken härtill att söka däri, att mikroorganismerna icke alltid förekomma isolerade i vattnet, utan ofta ligga tillsammans i större eller mindre anhopningar — i vattenprof, som blifvit skakade under 10 min. eller försatta med $NaCo^3$, hvarigenom de större anhopningarna sönderfalla, utveckla sig mången gång ett rikligare antal kolonier än i samma vatten, icke skakadt och icke alkaliseradt; vidare äfven däri, att de olika i vattnet förekommande bakteriearterna utveckla sig olika hastigt och således, vid på förhand fastställd tillväxttid, ej alla hinna utveckla sig till täljbara kolonier — i kulturer, gjorda med uppslamningar af en enda bakterieart, uppstår en mycket likformigare koloniutveckling än i naturliga vatten. — Då man sålunda aldrig med säkerhet vet, huruvida antalet uppkomna kolonier verkligen motsvarar antalet mikroorganismer i vattnet, så bör man, för att vid sitt bedömande af dettas beskaffenhet undgå felslut, noga fasthålla vid hvilka slutsatser, man är berättigad att draga, och hvilka ej, samt uppställer förf. såsom norm, att man ur en riklig mängd uppkomna kolonier är berättigad att sluta till, att vattnet är rikt på organismer, men att man ej ur ett ringa antal kolonier med full visshet kan sluta till, att äfven vattnet innehåller blott ett fåtal sådana. Om således också den kvantitativa bakteriologiska vattenundersökningen i vissa fall kan lemna oss värderika upplysningar om vattnets beskaffenhet, så kvarstå dock många luckor, som kunna fyllas blott af den kvalitativa bakteriologiska vattenunder-

sökningen, och hänvisar förf. därför till denna såsom det slutmål, till hvilket vi böra sträfva. *Vilh. Sucksdorff.*

N. E. SELANDER: **Luftundersökningar vid Vaxholm.** Afhandling för erhållande af med. graden. Stockholm 1887.

Undersökningarna afse kolsyrehalt och mikroorganismer i fria luften invid hafsstranden, hvarjämte afhandlingen innehåller en vidlyftig historik öfver undersökningsmetoderna i båda fallen.

Medeltalet af 263 kolsyrebestämningar, från 1 okt. 1885 till 30 juni 1886, var 0,303 p. m. Kolsyrehalten var störst under höstmånaderna (medeltal för okt. 0,395 p. m.), föll med inträdande köld i dec. samt höll sig under vintern och våren låg, med medeltal för de särskilda månaderna, växlande mellan 0,270 och 0,206 p. m. Variationerna mellan dag och natt, undersökta d. $^{10}/_{5}$—$^{8}/_{6}$, visade medelvärden af resp. 0,275 och 0,309 p. m. I dimmig luft steg kolsyrehalten (maximum 0,481 p. m.), men hvarken regn eller snö hade något märkbart inflytande på den samma. Temperaturen inverkade obetydligt, i det att kolsyrehalten vid temp.-grader under 0 i allmänhet var något mindre. Lufttrycket var utan inverkan. Vindriktningens inflytande gaf sig tillkänna med en mindre kolsyrehalt, när vinden blåste från hafvet, än när landvind herskade (medeltal 0,291 och 0,317 p. m.).

Undersökningarna af i luften befintliga mikroorganismer, som dagligen företogos från d. $^{27}/_{1}$ till d. $^{17}/_{6}$, utfördes sålunda, att luften medels aspiration leddes genom en serie profrör (12 cm. höga och 3 cm. vida) med köttsaft, hvartill sats pepton och koksalt, under 24 timmar, hvarefter i rören häldes gelatina, som fick stelna. Antalet kolonier, som växte fram, utgjorde i medeltal för dygnet under hela tiden 7,27, hvarvid omkr. 37 liter luft passerade genom odlingsvätskan (beräknadt på 1 kbm. luft 195). Växlingarna af antalet ligga i allmänhet mellan 0 och några och 20. En gång funnos 47, en gång 91 kolonier utvecklade, bägge dessa gånger i slutet af maj månad. I regnväder var antalet aspirerade luftfrön något mindre, likaså vid höga köldgrader. — Af de anträffade formerna beskrifvas och lemnas teckningar af 15 arter. Infektionsförsök, gjorda med 11 af dessa på hvita möss, utföllo negatift. *E. Heyman.*

OTTO PETTERSSON och AUGUSTA PALMQVIST: **Beskrifning å en apparat för bestämning af luftens kolsyrehalt.** Hygiea 1887, s. 435.

Bestämningen sker medels mätning af en luftvolum före och efter kolsyrans absorption af kalilut. En manometer, som står i förbindelse med det kärl, hvari luften mätes, gör det möjligt att bringa luften under samma tryck före och efter kolsyrans absorption, i följd hvaraf korrektioner för tryck och temperatur äro obehöfliga.

E. Heyman.

KLAS LINROTH: **Hvad kan göras för epidemiers förekommande i städer?** Första allm. svenska läkaremötet i Jönköping. 1886, s. 75.

Förf. visar med exempel, hemtadt från Stockholm, hvad en skärpt kontroll öfver vakcinationen samt isolerings- och desinfektionsåtgärder kunna uträtta till förebyggande af *smittkopp-epidemier*. Här hade näml. intill 1875 den ena epidemien aflöst den andra, men sedan dess sjukdomen i följd af nämnda profylaktiska åtgärder endast uppträdt med spridda fall. En epidemi, som 1884 hotade utbryta, hvarvid samtliga sjukdomsfall förekommo i hus, liggande i epidemisjukhusets omedelbara närhet, kväfdes, sedan alla koppsjuka flyttats till en sjukbarack med isoleradt läge utanför stadens bebygda område. Den invändningen, som skulle kunna göras, att Stockholms frihet från smittkoppornas härjningar mindre är att tillskrifva de preventiva åtgärderna än den omständigheten, att hela landet på senare år varit fritt från koppor, bemöter förf. med hänvisning på, att smittkopp-epidemierna i Sverge plägat taga sin utgångspunkt från Stockholm, Göteborg eller Malmö, och att äfven i de två senare städerna de preventiva medlen i vidsträckt mon tillämpats. I följd häraf är det förf:s öfvertygelse, att hvad som under senare åren gjorts för att motarbeta smittkopporna i de tre nämnda städerna har bevarat icke blott dessa samhällen utan hela landet från svårare hemsökelser af sjukdomen.

Huru i tid företagna isolerings- och desinfektionsåtgärder motverka spridningen af *fläcktyfus* visas med exempel, hemtade från Stockholm, där sjukdomen mångfaldiga gånger under senare år visat sig med smärre eller större smittehärdar, hvilka hvarje gång i följd af vidtagna kraftiga åtgärder begränsats.

I fråga om bekämpandet af *skarlakansfeber*, *mässling* och *difteri* möta större svårigheter, förnämligast därför att patienterna företrädesvis äro barn, från hvilka föräldrarna ogärna vilja skilja sig, att därför isolering på sjukhus endast undantagsvis kan verkställas, och att i öfrigt en betryggande isolering i den sjukes hem sällan kan åvägabringas. Förf. framhåller vigten af att på epidemisjukhusen anordna enskilda rum, utrustade med den komfort, som rimligtvis kan begäras, för att förmå förmögnare folk begagna sig af dem, och antyder, hvad som kan vinnas till motverkande af smittans spridning genom skolorna, om skolförståndare och läkare gemensamt rikta sin uppmärksamhet härpå. I fråga om mässling uttalas dock tvifvelsmål, att något väsentligt genom den sist nämnda åtgärden kan vinnas.

Beträffande profylaxen mot *kolera*, *tyfoidfeber* och *rödsot*, antydes karantänens oduglighet som skyddsmedel mot kolera. Försök med fullständig evakuation af det eller de hus, där de första sjukdomsfallen yppat sig, förordas; men såsom säkraste preventivmedel hafva »verkliga sanitära förbättringar» visat sig, hvartill i främsta rummet hör införande af vatten- och afloppsledningar samt ett rationelt ordnande af renhållningen. *E. Heyman.*

1. E. BERGWALL: **Huru skall en epidemi på landsbygden bekämpas?** Första allm. svenska läkaremötet i Jönköping. 1886, s. 112.

Med framhållande af den underordnade ställning provinsialläkaren intager till kommunalnämnden och hans oförmåga att i följd häraf verksamt ingripa, sammanfattar förf. sitt svar i följande punkter:

1. Det speciela öfvervakandet af landsortens allmänna hälso- och sjukvård bör företrädesvis läggas i provinsialläkarens händer.

2. Dessa tjänstemäns initiativrätt bör utvidgas, och, där fara genom dröjsmål är för handen, bör åt dem äfven gifvas en viss exekutiv myndighet.

3. De böra förbindas att minst en gång årligen genomresa och inspektera sina skoldistrikt.

4. En hygienisk tillämpningskurs bör anordnas för dem.

5. De praktiserande läkarnes anmälningsskyldighet bör utvidgas, så att icke allenast hälsovårds- och kommunalnämnden utan äfven provinsialläkare blefve snarast möjligt underrättade om hvarje fall af smittosam sjukdom. *E. Heyman.*

R. WAWRINSKY: **Hygieniska notiser, samlade under en resa i utlandet.** 3:e och 4:e häft. Stockholm 1887.

I fortsättning af föregående häften behandlas i 3:dje häftet hälsovårdsförhållanden i åtskilliga engelska städer, Hull, Leeds, Manchester, Liverpool, Birmingham m. fl. Renhållningen och epidemisjukvården äro de frågor, som mest beaktas. 4:de häftet redogör för Hollands hälsovårdsstyrelse, för de vigtigaste af detta lands hälsovårdslagar och för sanitära anstalter i Amsterdam samt i några andra holländska städer. Äfven i dessa liksom i föregående häften förtydligas beskrifningen med talrika planer och teckningar. *E. Heyman.*

KLAS LINROTH: **Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1886, och om hvad i afseende därå och för allmänna sjukvården blifvit under samma tid åtgjordt af Stockholms hälsovårdsnämnd.** Stockholm 1886.

I. Hälsovården.

Markens renhållning och kanalisering. Afloppsledningarna i stadens gator ha fått en tillökning af 9,302 meter, hvaraf 1,253 meter i granit murade kanaler. Totallängd 79,179 kilometer.

Bostäder. Antalet nytillkomna rum och kök under året (med afdrag af bortrifna) 6,425; på 1,000 invånare kommo 769 rum och kök. Bostadsbristen betydligt mindre.

Dricks- och förbruksvatten. Vattenledningens rörnät har under året ökats med 5,629 meter och utgör i längd 142,761 kilometer; vattenledning införd i 150 hus under året. Vattenförbrukningen pr dygn och individ 82,4 liter (6 liter mer än föreg. år); 1881 utgjorde den 62,3 liter.

Tillsyn öfver födoämnen och dryckesvaror. Trikinundersökningarna hafva omfattat 52,086 besigtigade hela eller styckade svinkroppar.

Af dessa befunnos 47 trikinösa (däraf 21 amerikanska fläskstycken). — Mjölkkontrollen har inträdt i ett nytt skede, sedan ordningsstadgar för mjölkhandeln införts. Hvarje månad offentliggöres i tidningarna en redogörelse för de mjölkundersökningar, som gjorts å försäljningsställen i staden, med uppgift om mjölkens godhet på hvarje ställe enligt vissa rubriker; omdömet om mjölkens godhet grundas på en jämförelse mellan fetthalt och egentlig vigt.

Inspektion af fabriker har verkstälts i vidsträckt omfattning för erhållande af kännedom om skyddsåtgärder, arbetstid för minderåriga m. fl. förhållanden, som angå fabrikshygienen. Anmärkta olägenheter och sanitära missförhållanden voro talrika.

Anordningar till smittosamma sjukdomars förekommande. I fråga om desinfektion af bostäder, utförd genom hälsopolisens försorg, nämnes, att icke i något enda fall ett återuppträdande af sjukdomen kunnat konstateras i bostadsrum, där svafvelrökning med efterföljande noggrann rengöring användts. — I följd af de lyckliga resultat, som den antiseptiska metodens användning på barnbördshusen medfört — på Stockholms förlossningsanstalter har antalet i barnsängsfeber insjuknade under de tre sist förflutna 5-årsperioderna varit 1871—75 4,1 %, 1876—80 2,1 % och 1881—85 0,6 % af intagna barnföderskor — har den anordning införts, att åt stadens barnmorskor tillhandahålles karbolsyra kostnadsfritt vid förlossning af fattiga barnaföderskor. — Vakcinerade med framgång äro under året 3,772 barn. Med animal vakcin från ympanstalten hafva 2,261 ympningar egt rum, af hvilka 95 % med framgång. — Besigtningar af prostituerade hafva utförts 24,647; remisser till kurhuset 524; vid årets slut underkastade besigtning 455.

II. Sjuklighet och sjukvård.

Ingen mera utbredd epidemi har varit gängse; skarlakansfeber i aftagande frekvens. — På stadens sjukhus vårdades 5,166 pat. (dödlighetsproc. 8,93); dagl. medelkostnaden för hvarje vårdad 1 kr. 50 öre. — Af 1,411 på Södra barnbördshuset intagna barnaföderskor dogo 4 i barnsängsfeber.

III. Befolkningen och dödligheten.

Folkmängden var vid årets slut 216,807, tillväxten under året 6,090, hvaraf nativitetsöfverskott 1,876; lefvande *födda* barn 6,517 (30,93 p. m. af befolkningen), af dessa 26 % oäkta; dödfödda 2,86 % af samtliga födda.

Dödligheten (4,641 dödsfall) var, beräknad på medelbefolkningen under året, 21,69 p. m. Från 1861 har dödlighetssiffran under de fem följande kvinkvennierna till och med 1885 varit resp. 35,60, 31,28, 35,39, 25,82 och 23,52 p. m. Dödligheten i första lefnadsåret utgjorde 21,78 %. — I akuta *infektionssjukdomar* afledo 428 (2 p. m. af befolkningen mot 2,7 p. m. i medeltal af de sista 10 åren), däraf 92 i difteri, 84 i barnkolera, 80 i skarlakansfeber, 67 i kikhosta, 40 i tyfoidfeber, 13 i epidemisk hjärnfeber. — I *respirations-*

organens sjukdomar afledo 1,432, däraf 638 i lungsot (13,7 % af alla dödsfall, 3,0 p. m. af befolkningen) och 478 i lunginflammation (resp. 10,3 % och 2,3 p. m.). — I *digestionsorganens sjukdomar* dogo 886 (19,09 % af alla dödsfall, 4,20 p. m. af befolkningen). En sammanställning af dödligheten i dessa sjukdomar med temperaturförhållanden, nederbörd och vattenståndet i Mälaren under senaste 6 år, visar, att hög temperatur, ringa nederbörd och fallande vattenstånd stegrar dödligheten, men att senare tids sanitära förbättringar, framför alt kloaknätets utsträckning, väsentligen bidragit till dessa sjukdomars minskade uppträdande.

Ett bihang till ofvan stående berättelse innehåller en redogörelse för Maria sjukhus i Stockholm efter dess ombyggnad 1885 och 1886 med planer och teckningar öfver lokalernas anordning, inrättningar för uppvärmning och ventilation m. m. *E. Heyman.*

T. M. TRAUTNER: **Om Statistikken over Ulykkestilfälde ved Maskiner.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 372.

Bemärkninger angående Mangler ved det til Statistik over Ulykkestilfälde benyttede Materiale (i Anledning af TH. SÖRENSENS »Statistik over Ulykkestilfälde», ref. i Nord. med. Arkiv, Bd 19, N:r 20, S. 41). *Emil Madsen.*

E. ALMQUIST: **Några sidor af den svenska sjuklighetsstatistikens betydelse.** Första allm. svenska läkaremötet i Jönköping 1886, s. 129.

Förf. framhåller denna med hänsyn till studiet af epidemiernas uppkomst och spridning inom landet och påpekar i samband därmed fördelarna af att ständigt ega en öfversigt af de epidemiska sjukdomarnas utbredning inom landet. *E. Heyman.*

F. C. KJÆR: **Nogle Årsagsforhold ved Lungesvindsot.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1886, S. 805.

Forf. gör först opmärksom på, at man for at udfinde en Sygdoms Årsager må ordne Spörgsmålene under fölgende Hovedgrupper: 1) hvor? 2) når? 3) hos hvem? og ved infektiöse Sygdomme 4) fra hvem (hvorfra)? og 5) ad hvilke Veje?

Man må i Statistiken ikke nöje sig med Forholdstal alene, men have absolute Talstörrelser, når 2 Tidsrum skal kombineres. — Forf. gör fremdeles opmärksom på den större Dödelighed af Mänd i större Byer samt Alderens Indflydelse; Barnealderen forholdsvis lidet udsat. Folkemängdens Sammensätning derfor stor Indflydelse på Dödeligheden af Svindsot; i Paris f. Ex. forholdsvis meget färre Börn end i Kristiania.

Der leveres dernäst en let overskuelig grafisk Fremstilling af Forholdet mellem Dödeligheden på de forskellige Steder. Österrige er meget slet stillet, Schweitz meget gunstigt. Det tropiske Klima udöver en skadelig Indflydelse. — Forf. omtaler dernäst Indflydelsen af Höjden over Havet og Indvirkningen af slet, bedärvet Luft i Byer samt i Fängsler, hvor der er forholdsvis stärk Dödelighed.

Med Hensyn til Klimatet er Forholdet mellem Temperatur og Svindsottens Udbredning endnu ikke udredet. Årstiden över forskellig Indflydelse, i Syden virker Sommeren uheldigt, hos os heldigt. Forf. har fremstillet grafiske Tabeller over Dödeligheden af Svindsot i de forskellige Måneder på forskellige Steder. De nordligere Landes större Byer er om Vinteren opfyldt med en rögfuld Atmosfär. — Katarrer og Svindsot står i gensidigt Forhold til hinanden med Hensyn til Hyppighed.

Dernäst omhandles de forskellige Livsstillingers Indflydelse på Svindsottens Hyppighed. — Til slut anbefaler Forf. Ansättelse af egne Läger for at studere Svindsottens Årsagsforholde.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: E. T. Heiberg: Aalborg Amts og Bys Sygehus i Året 1886. — P. K. Möller: Beretning om Odense Sygehus 1886. — V. Schepelern: Årsberetning for 1886 fra Kysthospitalet på Refsnäs. — W. Zilliacus: Summarisk regogörelse för sjukvården å allmänna sjukhusets i Helsingfors medicinska afdelning under år 1883 och år 1884. — Vogelius: Beretning om S:t Josef-Hospitalet i Fredericia for Året 1886. — Sörensen: Meddelelser fra Blegdamshospitalet. — Beretning om Polikliniken for Ubemidlede i 1886. — E. Schmiegelow: Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for Öre-, Näse- og Halssygdomme. — Lehmann: Beretning om den medikopnevmatiske Anstalt fra 1ste April 1886 til 31 Marts 1887.

E. T. HEIBERG: **Aalborg Amts og Bys Sygehus i Året 1886.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 324.

I alt behandledes 374 syge, af hvilke 331 indkom i Årets Löb. 316 udskreves, 22 döde, og 36 vare tilbage ved Årets Udgang. Sygedagenes Antal var 13455, Sygehusets Udgifter 24372 Kr. 73 Öre, d. e. pr Sygedag 1 Kr. 81 Öre. Intet Tilfälde af Hospitalssygdom. Der foretoges 47 större Operationer, deriblandt 2 Amputationer, 3 Resektioner, 3 arthrectomiæ genus, 2 Trakeotomier, 3 Herniotomier, 1 Ovariotomi og 1 total Exstirpation af uterus.

Joh. Möller.

P. K. MÖLLER: **Beretning om Odense Sygehus i 1886.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 496.

I alt behandledes 569 syge, af hvilke 514 indkom i Årets Löb; 472 udskreves, 52 döde og 45 vare tilbage ved Årets Udgang. Sygedagenes Antal var 22680, Sygehusets Udgifter 41463 Kr. 29 Öre, d. e. pr Sygedag 1 Kr. 82 Öre. — Af Hospitalssygdomme opstod kun 1 Tilfälde af Rosen på Hospitalet. — Af större Operationer foretoges 112, deriblandt 11 Amputationer, 2 Exartikulationer og 10 Resektioner i Over- og Underextremiteterne, 5 Artrektomier, 10 Trakeotomier, 10 Herniotomier, 1 Enterotomi, 2 Kystotomier, 3 Ovariektomier,

en Del Exstirpationer af Svulster. — Väsentlige Bygningsforandringer ere foretagne i 1886. De tidligere »Stuekoner» blive efterhånden aflöste af Diakonisser til Patienters og Lägers Tilfredshed, og Ökonomien er for Sygehusets Regning overtagen af en Diakonisse.

Joh. Möller.

V. SCHEPELERN: **Årsberetning for 1866 fra Kysthospitalet på Refsnäs.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 544.

Beretningen giver, ligesom de tidligere, Meddelelser om de i Hospitalet behandlede Sygdomstilfälde, i det Forf. fölger det samme Princip for Inddelingen af de skrofulöse Lidelser: förste Gruppe indbefatter Patienter, hvis väsentligste skrofulöse Symptomer have bestået i mere overfladiske Hud- og Slimhindeaffektioner; anden Gruppe: Kertelsvulster, mere i Dybden gående Hud- og Slimhindeaffektioner, Keratiter; tredje Gruppe: Ledde- og Benaffektioner; fjärde Gruppe: Affektioner af indre Organer, Lunger, Nyrer o. s. v. Antallet af nykomne i Årets Löb belöb sig til 139, med en daglig Middelbelägning af 95. De vedföjede Vägttabeller vise, at Börnene, som Tilfäldet altid plejer at väre, ere tiltagne godt i Vägt under Opholdet i Hospitalet. Af de Börn, der have väret angrebne af Skrofulose, ere 77 % udskrevne i väsentlig bedret eller helbredet Tilstand.

G. G. Stage.

W. ZILLIACUS: **Summarisk redogörelse för sjukvården å allmänna sjukhusets i Helsingfors medicinska afdelning under år 1883 och år 1884.** Finska läkaresällsk. handl., bd 28, s. 297.

VOGELIUS: **Beretning om S:t Josef-Hospital i Fredericia for Året 1886.** Ugeskrift for Läger, R. 4, Bd 15, S. 414.

I Året 1886 behandledes 149 syge, af hvilke 140 indlagdes i Årets Löb. 129 udskreves, 6 döde, og 14 vare tilbage ved Årets Udgang. Sygedagenes Antal var 2984. 42 större Operationer foretoges, deriblandt 2 Amputationer og 4 Exartikulationer i Over- og Underextremiteterne, 1 Herniotomi, en Del Exstirpationer af Svulster. — Hospitalets nye Bygning, der er opfört af Ordenen S:t Josef Hospitals Söstre til 40 syge for en Sum af omtr. 80000 Kr. (foruden Montering), toges i Brug d. 7 Sept. 1886; Hospitalet bestyres af Priorinden, og Sygepleje og alt andet Arbejde udföres udelukkende af Söstrene.

Joh. Möller.

SÖRENSEN: **Meddelelser fra Blegdamshospitalet.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 441.

I alt behandledes i 1886 på nävnte Hospital 1537 syge, hovedsagelig lidende af Skarlagensfeber, diphteritis med croup og erysipelas. Med Skarlagensfeber indlagdes 368; Sygdommen var udtalt godartet, kun 17 (eller knap 5 %) döde. Mere alvorlig var Difteriten (Mortalitet omtr. 15 %); der behandledes i alt 496. For Krup behandledes 190 med en Mortalitet af 59 %. — Der meddeles i Beretningen

en Del kliniske Bemärkninger om diphteritis. Desuden anföres, at der blandt Skarlagensfeberpatienterne var det usädvanlig store Antal af 15 puerperæ. Hos de 6 af disse, hvor Skarlagensfeberen var opstået nogen Tid (1—8 Uger) efter Födslen, forlöb den som sädvanlig; men hos de 9, hvor denne Sygdom begyndte i de förste 3 Dage efter Födslen, fremböd den kun i ét Tilfälde de sädvanlige Svälgsymptomer, medens hos de andre 8 Svälgtilfäldene trådte fuldständig tilbage, hvorimod der i Genitaltrakten viste sig en Räkke betändelsesagtige Tilfälde, nemlig (i alt Fald hos alle de 7, hvor Inspektion af genitalia foretoges,) grågule, pulpöse Belägninger og under dem exkorierede Flader, dels i Perinealrifter, dels i vulva udenfor disse, samt hos alle tillige betändelsesagtige Processer höjere oppe i Födselsvejene. Disse Sygdomstilfälde vare gennemgående meget alvorlige, dog döde kun 1. *Joh. Möller.*

Beretning om Polikliniken for ubemidlede i 1886. Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 397.

Uagtet Anstalten arbejder under et ökonomisk Tryk, og uagtet de til dens Rådighed stående Lokaler lade en Del tilbage at önske, navnlig hvad Pladsforholdene angår, har Patientantallet dog i 1886 väret omtr. 14000, det samlede Antal Konsultationer 43885, fordelte på 304 Dage — i Gennemsnit 144 Personer daglig (maximum i Maj 159, minimum i Dec. 123). Af de udskrevne Patienter falde 2129 på Afdelingen for Börnesygdomme, 1870 på Afd. for kirurgiske Sygdomme, 1478 på Afd. for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme, 429 på Afd. for Kvindesygdomme, 2510 på Afd. for medicinske Sygdomme, 390 på Afd. for Nervesygdomme, 89 på Afd. for ortop. Sygdomme, 1743 på Afd. for Tandsygdomme, 2259 på Afdelingerne for Öjesygdomme, og 1383 på Afd. for Öre-, Näse- og Halssygdomme. — Så vel i Forårs- som i Efterårshalvåret afholdtes flere Räkker af Foreläsninger og Övelser. *Emil Madsen.*

E. SCHMIEGELOW: **Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for Öre-, Näse- og Halssygdomme.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 512, 537, 561, 586, 607.

Beretningen omfatter 1100 Patienter (580 Mänd, 520 Kvinder) med 1397 Sygdomstilfälde. Af operative Indgreb er der foretaget omtr. 300. (Fjärnelse af adenoide Vegetationer, Tonsillotomi, Opmejsling af processus mastoideus, galvanokavstiske Indgreb o. s. v.) Kun enkelte Ting skulle fremhäves.

Öresygdomme.

Medfödt ensartet Deformitet på bägge Örer, hvor der findes en Omklappen af överste Del af helix og anthelix. Under Kloroformnarkose blodiggjordes den dorsale Flade af Örelappen og et tilsvarende Stykke af Tindingeegnen, hvorefter helix og anthelix klappedes op og häftedes med overfladiske og dybe Suturer. Resultatet godt i kosmetisk Henseende.

Kystedannelser havde spontant udviklet sig hos 2 Mänd i ydre Öre. De indeholdt serös Vädske og behandledes ved Spaltning.

Forsnävring af Öregangen af *cikatriciel* Natur efter langvarige Mellemöresuppurationer sås 2 Gange hos en 10-årig og en 8-årig Pige. Udblokkedes med Laminariastifter.

3 Tilfälde af *Exostoser* i ydre Öregang behandledes med Galvanokavter.

Otitis media acuta non suppurativa: 47 Tilfälde (30 Mänd—17 Kvinder).

Otitis media acuta suppurativa: 67 Gange (38 M., 29 Kv.). I to Tilfälde gave de Anledning til Udvikling af häftige Mastoidaltilfälde, som svandt for lokal Antiflogose. I 1 Tilfälde kompliceredes Betändelsen med så stärke Mastoidaltilfälde, at det WILDEske Snit gjordes nödvendigt. Hos 2 Patienter var en *Resektion* af *proc. mastoideus* indiceret, og der indtrådte Helbredelse. 15 Gange blev Trommehinden paracenteret.

Otitis chronica non suppurativa: 135 Gange (61 M., 74 Kv.).

Otitis media chron. suppurativa: 182 Tilfälde (98 M., 84 Kv.). Perforationerne lå i to Tilfälde i den SHRAPNELLske Membran.

Caries i Mellemöret blev direkte påvist i 34 Tilfälde ved Hjälp af Sondering. 6 Gange blev det kariöse Parti udskrabet med skarp Ske under Kloroformnarkose.

Polyper i Mellemöret fandtes 24 Gange og bleve fjärnede med Slynge.

Kariöse Lidelser i processus mastoideus fandtes 12 Gange og indicerede 11 Gange operative Indgreb.

Sygdomme i Labyrinten og nervus acusticus: 45 Pat. (28 M., 17 Kv.). Hos 14 Patienter var den labyrintäre Lidelse betinget af *Syfilis* og udviklede sig snart under de tidlige sekundäre Former af Syfilis (9 Gange), snart efter at der var hengået fra 2 til mange År efter den primäre Infektion (5 Gange). Hos 11 Patienter manglede en bestemt Anamnese. 1 Pat. led af *Levkämi.*

Näsesygdomme. 215 Tilfälde (97 M., 118 Kv.).

Corpus alienum blev truffet 2 Gange (en Ärt, en Stövleknap).

Betändelsesagtige Lidelser i Perikondriet på septum nasi to Gange. hos 19-årige Mänd. Hos den ene udviklede den sig spontant, hos den anden efter et Travme. I bägge Tilfälde sås der en rödlig elastisk Svulst på hver sin Side af septum, tät ved Näseborene. Ved Incision udtömtes en seropurulent Ansamling.

Rhinitis chronica. 90 Gange (43 M., 47 Kv.). Hos 6 Patienter var Betändelsen ledsaget af en suppurativ Betändelse i *antrum Highmori,* der åbnedes fra processus alveolaris ved Hjälp af et Drillebor og gennemskylledes. Den kroniske rhinitis var 12 Gange ledsaget af mere eller mindre profus *epistaxis,* der udgik fra Slimhinden på den bruskede Del af septum. *Asthma bronchiale* var et mere eller mindre fremträdende Symptom hos 6 Patienter.

Nysekrampe noteredes hos 5 Patienter, *vasomotoriske Reflexnevroser* hos 4 Patienter, *Hovedpine* hos 9, *Supraorbitalnevralgier* hos 2 og *Krillehoste* hos 5 Patienter.

Ozaena simplex forekom hos 23 Patienter.

Neoplasmer hos 34 (17 M., 17 Kv.). De almindelige »Slimpolyper» fandtes 25 Gange, *lupöse* Nydannelser hos 8 Patienter, *Karcinom* hos en Kvinde.

Syfilis forekom 21 Gange. Det var altid de *tertiäre* Former. Hos 4 Patienter var Lidelsen kongenit.

Svälgsygdomme. 374 Tilfälde (181 M., 193 Kv.).

Medfödt Defekt af forreste Ganebue iagttoges hos en 36-årig Mand.

Fremmede Legemer fjärnedes 2 Gange.

Herpes pharyngis iagttoges hos en 15-årig Pige.

Pharyngitis chronica fandtes hos 120 Individer (61 M., 59 Kv.). Hos 3 af dem vedligeholdtes Betändelsen ved en Suppuration i Slimhindefordybninger i den LUSCHKAske Tonsil. 29 Patienter klagede over Reflexnevroser af sensitiv og motorisk Art. 75 Gange blev der gjort *Tonsillotomi*.

Adenoide Vegetationer i Näsesvälgrummet fandtes hos 119 Patienter (54 M., 65 Kv.). I 84 % af Tilfäldene havde de givet Anledning til Öresygdomme. 79 Gange foretoges Fjärnelse af dem.

Nydannelser optrådte hos 7 Patienter. Hos 5 havde man at göre med fibröse Svulster i Näsesvälgrummet, hos 2 med Karcinomer.

Syfilis havde 45 Patienter. Deraf vare de 17 *tertiäre*. Af disse havde 4 kongenit Syfilis.

Strubesygdomme. 129 Tilfälde (82 M., 47 Kv.).

Laryngitis acuta 18 Gange (10 M., 8 Kv.).

Laryngitis chronica 48 Gange (30 M., 18 Kv.).

Laryngitis tuberculosa 29 Patienter. Behandledes med Mälkesyrepenslinger, hvoraf sås en Del gode Resultater.

Laryngitis syphilitica iagttoges 10 Gange. 6 Gange sekundäre, 4 Gange tertiäre Former.

Neoplasmer i Struben fandtes hos 9 Patienter, 2 af disse vare *karcinomatöse*. — *Multiple Papillomer* iagttoges hos 2 Patienter, Resten vare *Fibromer*.

Nevroserne ere repräsenterede af 14 Tilfälde (6 M., 8 Kv.). Heraf vare 8 funktionelle Afonier hos 8 hysteriske Kvinder. Hos en 23-årig Mand havde et aneurysma aortæ, hos en 50-årig Mand et Karcinom af œsophagus lammet den ene nervus recurrens fuldständigt.

Oesophagussygdomme. 12 Tilfälde (4 M., 8 Kv.).

Spasmer i œsophagus' Ringmuskulatur fandtes hos 5 Patienter.

Stenose optrådte 7 Gange (2 M., 5 Kv.). 1 Gang skyldtes den en höjresidig *struma*, 1 Gang havde man at göre med en *strictura*

simplex. 4 Gange skyldtes den et Karcinom, 1 Gang Ätsninger, efter at Patienten havde drukket Natronlud. *E. Schmiegelow.*

LEHMANN: **Beretning om den medikopnevmatiske Anstalt fra 1ste April 1886 til 31te Marts 1887.** Hosp.-Tidende, R. 3, Bd 5, S. 419.

Anstalten er benyttet af 64 Patienter; med störst Held er behandlet Brystkatarr, Lungeemfysem, Kighoste og nervös asthma.

F. Levison.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiés au

Tome XIX, Nos 22 à 25.

N° 22.

F. KAARSBERG: **Cas de maladies chirurgicales (à l'hôpital communal de Copenhague, service de M. le professeur Studsgaard).**

L'auteur rapporte une série de cas du service chirurgical de l'hôpital précité, en les accompagnant de courtes remarques destinées à l'orientation du lecteur.

N° I. Cas d'ovariotomie, où l'indication opératoire se trouvait dans une incarcération due à la torsion du pédoncule.

N° II. Cas de néphrectomie pour carcinome rénal.

N° III. Actinomycose de la plèvre, avec résultat de la section.

N° IV. 3 cas de luxation du genou, accompagnés de la statistique des luxations à l'hôpital.

N° V. Cas de maladie mentale (troubles hallucinatoires aigus) survenu après une amputation supravaginale de l'utérus, chez une femme prédisposée.

N° VI. Cas d'herniotomie radicale chez un enfant de 18 mois.

N° VII. Cas de gastrostomie pour cancer de l'estomac; hémorrhagie léthale de l'artére coronaire de cet organe.

N° 23.

F. WESTERMARK: **Sur l'exstirpation du tube de Fallope et sur les indications de cette opération.**

L'auteur, qui a fait lui-même dix opérations pareilles, parcourt d'abord en peu de mots l'histoire de cette opération et les indications

sous lesquelles les différents auteurs ont opéré. Il s'arrête particulièrement au représentant principal de l'opération, M. LAWSON TAIT à Birmingham; il le suit dans la littérature depuis la première opération qu'il a faite, et cherche à trouver ses indications dans tous ses cours et dans tous ses cas publiés. Il arrive toutefois au résultat que M. TAIT ne se livre pas à un diagnostic complet, mais qu'il fait une laparotomie explorative, s'il trouve que l'état de la malade l'exige. Dans 3 % seulement de la totalité des cas, cette laparotomie de M. TAIT ne conduit pas à une opération définitive. Grâce aux succès extraordinaires de M. TAIT, l'opération a été adoptée non-seulement en Angleterre, mais aussi en Allemagne et dans les États-Unis. En Suède, l'auteur a publié les premiers cas, et présente maintenant une série de dix cas.

Comme indication, il place en premier lieu la grossesse tubaire, qui, selon lui, doit être exstirpée avant la période du brisement. Avec cette indication, M. VEIT a fait huit opérations et M. GOTTSCHALK deux, toutes avec succès. Mais il trouve l'indication précitée de peu d'importance dans la pratique, parce que les femmes affligées de cette anomalie ne visitent d'ordinaire le médecin que lorsque des symptômes plus inquiétants se sont déclarés, c'est-à-dire seulement lorsque le brisement s'est effectué; mais même alors, il estime l'opération indiquée, si l'hémorrhagie interne et le collapsus ne sont pas assez violents pour que les malades se trouvent dès l'abord in extremis. L'auteur arrive à ce résultat avec plusieurs opérateurs récents, après avoir soumis les autres méthodes essayées pour l'interruption de la grossesse tubaire à une critique courte mais radicale. Pour lui, ces méthodes sont incertaines dans leurs effets, et en général plus dangereuses que l'exstirpation. Une fois, l'auteur a lui-même exstirpé une tube gravide après que l'œuf s'était brisé et qu'une hémorrhagie grave avait eu lieu dans la cavité péritonéale. La malade se remit et fut complètement guérie.

L'auteur connaît en tout 30 cas pareils qui ont abouti à une opération, et des opérées, deux seules sont mortes.

L'auteur passe ensuite à la partie la plus importante de son mémoire, savoir à l'exstirpation du tube pour pyo- et pour hydrosalpingite. Après avoir présenté, par des cas tirés en partie de la littérature, en partie de sa propre expérience, plusieurs exemples de décès par suite de cette maladie, il aborde la description de ses symptômes et de sa diagnose. Parmi les symptômes, il signale surtout à l'attention une douleur continue dans le petit bassin, douleur qui devient plus pénible un peu avant chaque menstruation, et qui même augmente quelquefois jusqu'à des douleurs convulsives insupportables. A l'opposé de plusieurs auteurs, il pense que ces douleurs dépendent de contractions convulsives des parois des tubes, dues à la turgescence plus considérable et au remplissage de la tumeur tubaire par l'entrée de la menstruation. De l'autre côté, il regarde les douleurs continues comme dépendantes de la périmétrite qui s'y rencontre presque toujours. En conséquence, il ne tient pas la périmétrite pour l'indication de l'opération; il va même jusqu'à chercher à supprimer la périmétrite avant l'opération. L'auteur trouve ces douleurs très caractéristiques.

Le diagnostic peut, selon lui, être assez facile dans les cas les plus simples, mais la salpingite étant compliquée d'abscès des ovaires, de kystes ovariens ou parovariens, il peut être impossible à faire sans laparotomie préalable. L'auteur a lui-même observé quelques cas pareils dans lesquels il fit une diagnose incomplète. Dans un cas, où il s'agissait d'une salpingite et d'abscès des ovaires, la diagnose avait été une tumeur ovarienne, et dans un autre cas, où il s'agissait des mêmes maladies, il avait pensé qu'il n'avait affaire qu'à une salpingite. Dans les cas où le diagnostic est difficile par suite d'un exsudat périmétritique considérable, l'auteur recommande un long traitement résorptif, qui amène très souvent la diminution ou la disparition de l'exsudat. Le diagnostic en sera plus facile, et des cas isolés sont guéris sans opération.

Quant aux formes différentes de la salpingite, l'auteur considère que toutes les formes chroniques et une partie des aiguës doivent être l'objet d'une entreprise opérative. Parmi les aiguës il met en premier lieu la forme gonorrhéique, dont il a opéré un cas à peu près un mois après son commencement, cas dans lequel il a réussi à tracer, pour la première fois, dans la préparation, des groupes distincts de gonococcus. Par contre, il fait ses réserves contre une opération prématurée de la forme catarrhale. L'auteur trouve en général le prognostic de l'opération favorable. Parmi les neuf exstirpations faites par suite de salpingite, l'auteur a eu un cas léthal, mais il s'agissait dans ce cas d'une salpingite tuberculeuse avec péritonite tuberculeuse secondaire. Dans les récits des auteurs disposant d'un assez grand matériel, il a trouvé, parmi 498 exstirpations faites par huit opérateurs, 41 décès, c'est-à-dire une mortalité de 8,0 %.

Après avoir cité les cas d'exstirpation des tubes pour néoplasmes qu'il a pu trouver dans la littérature, l'auteur passe à la description de la partie technique de l'opération, mais il juge inutile de s'y arrêter ici, vu que ses opinions à cet égard divergent peu de celles de ses prédécesseurs.

No 24.

FRIDTIOF NANSEN: **Les éléments nerveux, leur structure et leurs réunions dans le système nerveux central.**

1. Les *tubes nerveux* des bilatérates invertébrés se composent d'une gaîne extérieure relativement consistante, formée d'une substance spéciale et d'une substance interne plus molle. Ce contenu interne ne se compose pas, comme on l'admettait précédemment, de fibrilles et d'une substance interfibrillaire, mais de tubes minces de *spongioplasma*, renfermant la substance nerveuse proprement dite, composée d'une matière hyaline demi-fluide, l'*hyaloplasma*. L'auteur désigne sous le nom de *tubes primitifs* ces tubes qui composent l'intérieur des tubes nerveux (ff. 1—3). Au centre des tubes nerveux de certains animaux, comme p. ex. du homard, il se produit toutefois une concentration autour d'une espèce d'axe.

Cette concentration consiste esssentiellement en ce que vers le centre du tube les parois s'épaissent, réfractent mieux la lumière, et se colorent plus fortement sous l'effet des réactifs, en même temps que le diamètre intérieur des tubes primitifs diminue (fig. 4).

2. Les *cellules nerveuses* sont entourées dans la règle d'une gaîne ou membrane extérieure (fig. 5, *sk*), de la même substance que celle de la gaîne des tubes nerveux.

Le protoplasma des cellules nerveuses ne se compose pas de fibrilles et de substance interfibrillaire, aussi peu que d'un réseau nageant dans une masse fondamentale hyaline. Ses parties constituantes les plus essentielles sont au contraire des tubes primitifs pareils à ceux décrits dans les tubes nerveux. Ce sont ces tubes primitifs qui forment les prolongements des cellules nerveuses (fig. 5). Outre les substances (*hyaloplasma* et *spongioplasma*) dont se composent les tubes primitifs, les cellules nerveuses en contiennent encore une troisième qui n'a pas pu être déterminée plus spécialement, mais qui amène la coloration foncée intense et fréquente du protoplasma par certains réactifs, tels p. ex. que l'acide osmique et l'hématoxyline. La substance en question peut manquer dans des parties déterminées, souvent nettement limitées, du protoplasma, lesquelles, dans des préparations colorées, se distinguent tout particulièrement par leurs couleurs claires (fig. 6, *ld*). On rencontre aussi très fréquemment dans le protoplasma des cellules nerveuses un *réseau spongioplasmatique* caractéristique particulier, paraissant être en relation avec la gaîne des cellules nerveuses, ou même, à ce qu'il semblerait, partant de cette gaîne (fig. 7). Ce réseau peut contenir des fibres épaisses très évidentes (fig. 7, *sf*, sf^1). Il est encore difficile d'en décider l'origine réelle.

Les prolongements des cellules nerveuses peuvent être divisés en *prolongements nerveux* et en *prolongements protoplasmatiques*. Quand une cellule nerveuse est *unipolaire*, ce qui constitue la règle chez les invertébrés, le prolongement est nerveux. Quand une cellule nerveuse est bipolaire ou multipolaire, elle ne possède qu'un prolongement nerveux *unique*, les autres constituant des prolongements protoplasmatiques. (Il y a lieu toutefois de faire une exception pour certaines cellules spino-nerveuses et pour d'autres, où cependant les deux prolongements doivent être considérés comme un seul.) Les prolongements protoplasmatiques ne servent pas à la réunion des cellules nerveuses entre elles. Ils se terminent au voisinage des vaisseaux sanguins ou aussi près de la surface du système nervo-central, et leur importance physiologique est de nature *nutritive* (ff. 8 & 9). Il n'existe pas de communication directe entre les cellules nerveuses par des anastomoses. Dans les rares cas où l'on rencontre des ponts entre elles, ce sont des restes de divisions cellulaires.

Suivant leur processus, les prolongements nerveux peuvent se diviser dans les deux catégories suivantes:

a) Les prolongements nerveux qui ne perdent pas leur individualité, mais servent directement à la formation des tubes nerveux, toutefois en fournissant des ramifications latérales (fig. 8, *nu*).

b) Les prolongements nerveux perdant leur individualité, et se résolvant en ramifications fines (fig. 9, *nu*).

Les cellules nerveuses sont donc également divisibles en deux espèces d'après les prolongements nerveux.

3. *La substance ponctuée* (»*grenue-réticulée*»). Chez les invertébrés, cette substance ne se compose pas, comme on l'a admis précédemment, de fibrilles et de substance interfibrillaire, ni non plus, comme le pensaient HALLER et d'autres physiologistes, de fibrilles s'anastomosant, avec masse hyaline entrelacée. Elle est au contraire formée de tubes (nerveux et primitifs) entrelacés d'une façon plus ou moins compliquée, mais ne s'anastomosant pas entre eux pour former des mailles nerveuses. Les mailles généralement décrites ne sont en réalité que les parois de ces tubes vues en coupe transversale (fig. 10).

4. *Les tubes nerveux périphériques* émergent: ou 1°, directement des cellules nerveuses, en formant la continuation immédiate de ces prolongements nerveux, lesquels envoient en outre de fines ramifications latérales au tissu fibrillaire central (la substance ponctuée des invertébrés) (fig. 11, *CfN*); ou 2°, du tissu fibrillaire central (substance ponctuée des invertébrés), en une combinaison de tubes fins ou »fibrilles» (fig. 11, *CpN*).

Les tubes nerveux émergeant d'après le premier mode mentionné, sont *moteurs*, en ce que les racines nerveuses antérieures des vertébrés ne contiennent que des tubes pareils; ceux émergeant d'après le second mode sont au contraire *sensitifs*, en ce que les racines nerveuses postérieures des vertébrés ne possèdent que des tubes de l'espèce mentionnée.

5. La vieille manière de voir relativement à la composition des arcs réflexes et à l'importance physiologique des cellules nerveuses ne peut plus se soutenir, du moment où ces dernières n'ont pas entre elles de communication directe, et que les cellules nerveuses centrales offrent tout aussi peu de communication directe avec les tubes nerveux sensitifs ou centripètes.

L'arc réflexe se compose du *tube nerveux sensitif* ou *centripète*, de l'*entrelacement* (tissu) *fibrillaire central*, ainsi que du ou des *tubes moteurs* ou *centrifuges*. Par l'entrelacement (tissu) fibrillaire central, l'irritation est conduite du tube centripète au tube centrifuge au moyen des fines ramifications latérales partant de ce dernier (fig. 11). Ensuite, elle se dirige de ce même tube centripète par le tissu fibrillaire aux tubes nerveux (fig. 11, t_1) qui se rendent aux centres nerveux supérieurs (par les fines ramifications latérales venant de ces derniers), d'où il suit que l'irritation est transmise aux centres nerveux supérieurs sans passer directement par les cellules nerveuses.

On peut admettre de la même façon que les impulsions volontaires provenant des tubes nerveux qui émergent des centres supérieurs, se rendent directement aux tubes nerveux centrifuges des centres nerveux inférieurs sans passer par les cellules nerveuses de ces centres (fig. 11, t_2).

Il est par conséquent impossible d'admettre que les cellules nerveuses des centres nerveux inférieurs possèdent une importance directe aussi peu pour les mouvements réflexes que pour les mouvements volontaires, ce que l'on semble pouvoir appliquer aussi aux cellules nerveuses des centres nerveux supérieurs. Il y a lieu de présumer que le tissu fibrillaire central est de la principale importance à l'égard ci-dessus. Il est, suivant toute probabilité, le siège d'une partie essentielle de l'activité nerveuse; la conscience de soi-même, l'intelligence, etc., s'y rattachent peut-être en majeure partie.

La fonction physiologique la plus importante des cellules nerveuses est peut-être de servir de centres nutritifs aux tubes nerveux et aux fines ramifications qui partent de leurs prolongements nerveux.

Plus l'intelligence d'un animal est développée, plus aussi est compliquée la charpente de son tissu fibrillaire central (la substance ponctuée des invertébrés), tandis que l'on voit fréquemment des animaux intelligents à cellules nerveuses d'une forme et d'une construction très simple, et que cette construction sera par contre très compliquée chez des animaux d'une intelligence inférieure.

Nº 25. I.

EDOUARD WELANDER: **Sur la présence des bacilles du smegma.**

L'auteur a coloré ces bacilles par deux procédés différents:

Le procédé d'Ehrlich pour la coloration du bacille de la tuberculose, M. W. s'étant toutefois servi d'acide oxalique au lieu d'acide azotique, par la raison que le premier de ces acides ne déteint pas les bacilles du smegma aussi rapidement que le second. (Les bacilles de la tuberculose ne se décolorent pas à un séjour de 15 à 30 minutes dans l'acide oxalique.)

La méthode de coloration des bacilles de la syphilis employée par Lustgarten, quoique l'auteur ait également employé ici l'acide oxalique au lieu d'acide sulfureux.

Les bacilles du smegma masculin sont dans la règle assez longs, grêles, plus ou moins courbes, contenant rarement des spores; dans le smegma féminin ils sont généralement un peu plus courts et plus épais, circonstance sujette toutefois à de légères variations.

Les bacilles mentionnés se rencontrent le plus souvent par quantités innombrables. Le sujet le plus âgé chez lequel M. W. les ait découverts et examinés, avait 60 ans, le plus jeune 20 mois. Chez 18 jeunes garçons de moins de 15 ans, l'auteur ne les a trouvés que 4 fois. Chez des hommes adultes qui avaient du smegma, dans deux cas seulement il n'a pas rencontré ces bacilles; dans l'un, le sujet souffrait d'épididymite tuberculaire, et le pus qui en venait, contenait des bacilles de la tuberculose.

M. Welander ne trouva pas un seul bacille du smegma dans 5 cas de balanite.

Chez 8 femmes sur 9 explorées par l'auteur, il fut découvert des bacilles dans le smegma pris entre les grandes lèvres et les petites. Il n'en existait par contre pas dans la sécrétion vaginale.

M. W. n'a jamais constaté la présence des bacilles mentionnés dans les sécrétions normales ou pathologiques d'autres parties du corps.

L'auteur n'a trouvé que chez des personnes souffrant de la syphilis des bacilles ressemblant beaucoup à ceux du smegma par leur aspect et par la manière dont ils se comportent avec les matières colorantes. M. W. a constaté la présence de ces bacilles dans les sécrétions de 14 cas de plaques muqueuses et de 4 cas de sclérose. Dans presque tous ces cas, les symptômes de la syphilis avaient leur siège aux endroits mêmes, ou tout près des endroits, où se présentent dans la règle les bacilles du smegma. On ne peut par conséquent pas exclure la possibilité que ces bacilles ne soient que les bacilles du smegma. Cette circonstance est appuyée par le fait que M. W. ne découvrit aucun bacille dans le tissu de ces mêmes plaques muqueuses qu'il avait enlevées. Il lui a également été impossible d'en constater la présence dans les sécrétions de personnes affectées de syphilis tertiaire.

No 25. II.

JOHN BERG: **Cas de tumeur dans l'estomac produit par des cheveux. — Gastrotomie. — Santé.**

La malade était une femme de 26 ans, mariée, qui souffrait depuis trois ans de symptômes dyspeptiques et anémiques, mais surtout de vomissements de glaires. Depuis deux ans il s'était formé à l'épigastre une tumeur sensible qui s'était plus rapidement développée pendant les derniers six mois. Elle entra à l'Hôpital des Séraphins (Stockholm) le 31 mai 1887. On sentait alors, dans l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, entre la prolongation de la ligne parasternale droite et de la ligne mamillaire gauche, une tumeur de la largeur de la main, mobile, à bord supérieur concave et à bord inférieur convexe. Elle ne se laissait pas déplacer vers la région des reins. La rate dans sa position normale. La laparotomie fit constater que la tumeur se trouvait dans l'estomac, qui fut ouvert par une incision de 6 à 8 cm., parallèle à la grande courbure. La tumeur se composait de cheveux, les uns courts, les autres longs, fortement comprimés; elle fut découpée à l'aide des ciseaux et enlevée par fragments. Elle pesait environ 900 grammes. La plaie fut fermée par 23 sutures à deux étages. Guérison par première intention. La malade sortit rétablie au bout de trois semaines.

Elle ne se rappelait pas qu'elle eût jamais mangé des cheveux. Sa mère dit pourtant qu'à l'âge de trois ans elle avait coutume d'en mâcher et d'en avaler.

Autant que l'auteur a été à même de le constater dans la littérature, l'opération précitée est la troisième de cette espèce. Il donne

une relation succincte des deux opérations antérieures, celle de SCHÖNBORN et celle de KNOWSLEY THORNTON.

Enfin, M. BERG signale en terminant que le diagnostic de ces tumeurs serait sans doute souvent facile, — à la condition qu'on en soupçonnât l'existence.

Stockholm, 1887. Kongl. Boktryckeriet.